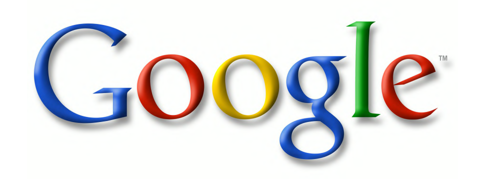
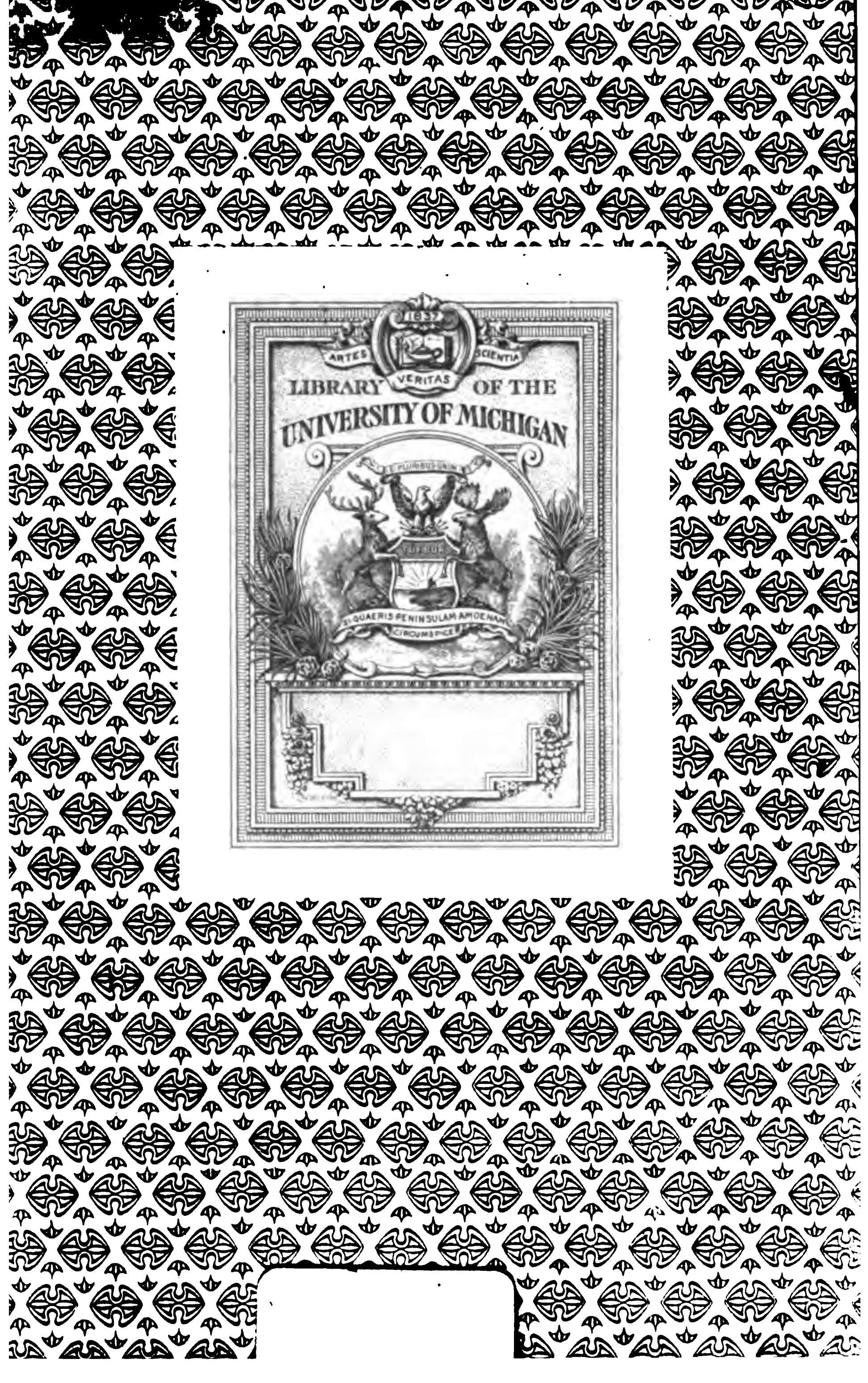
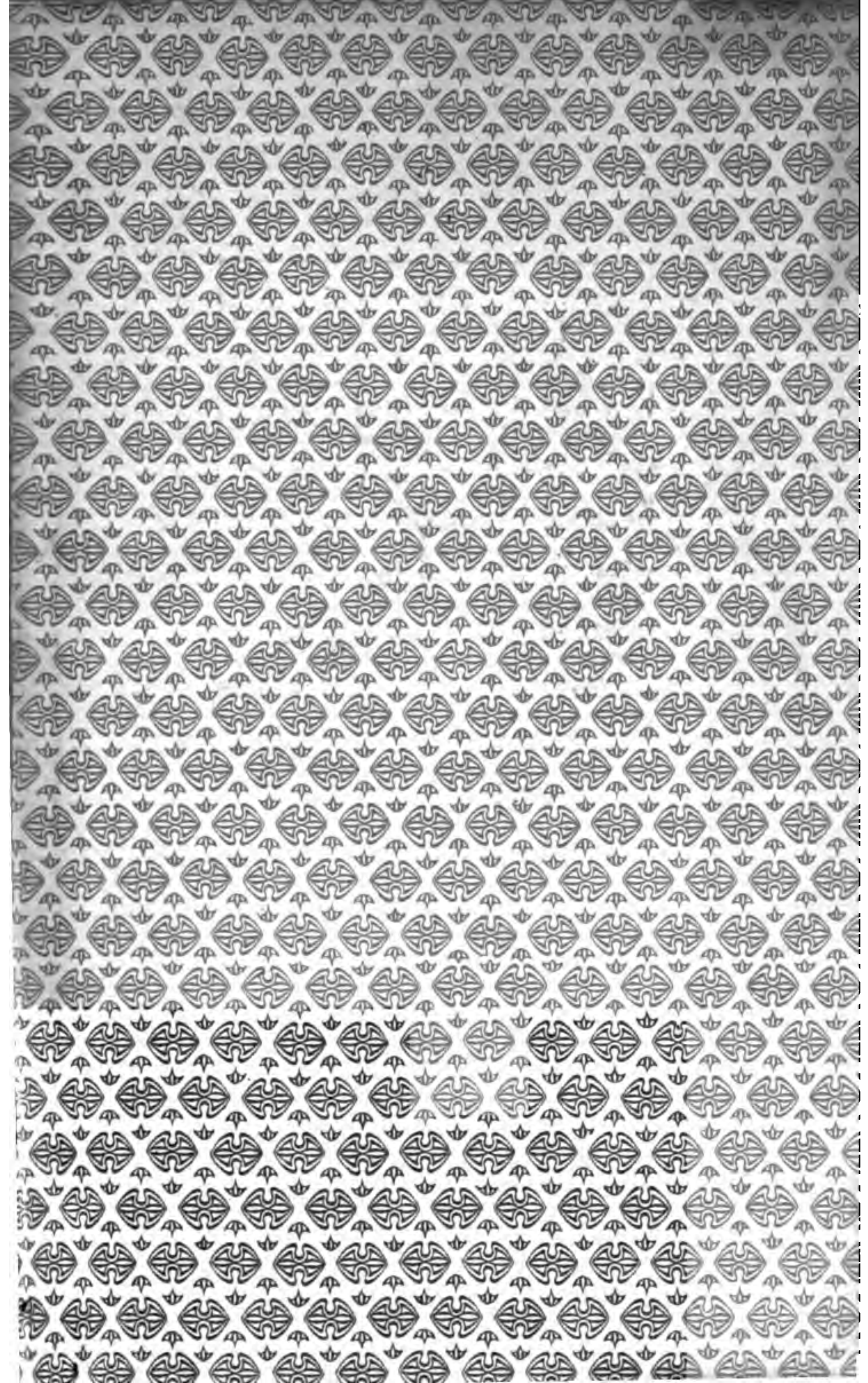
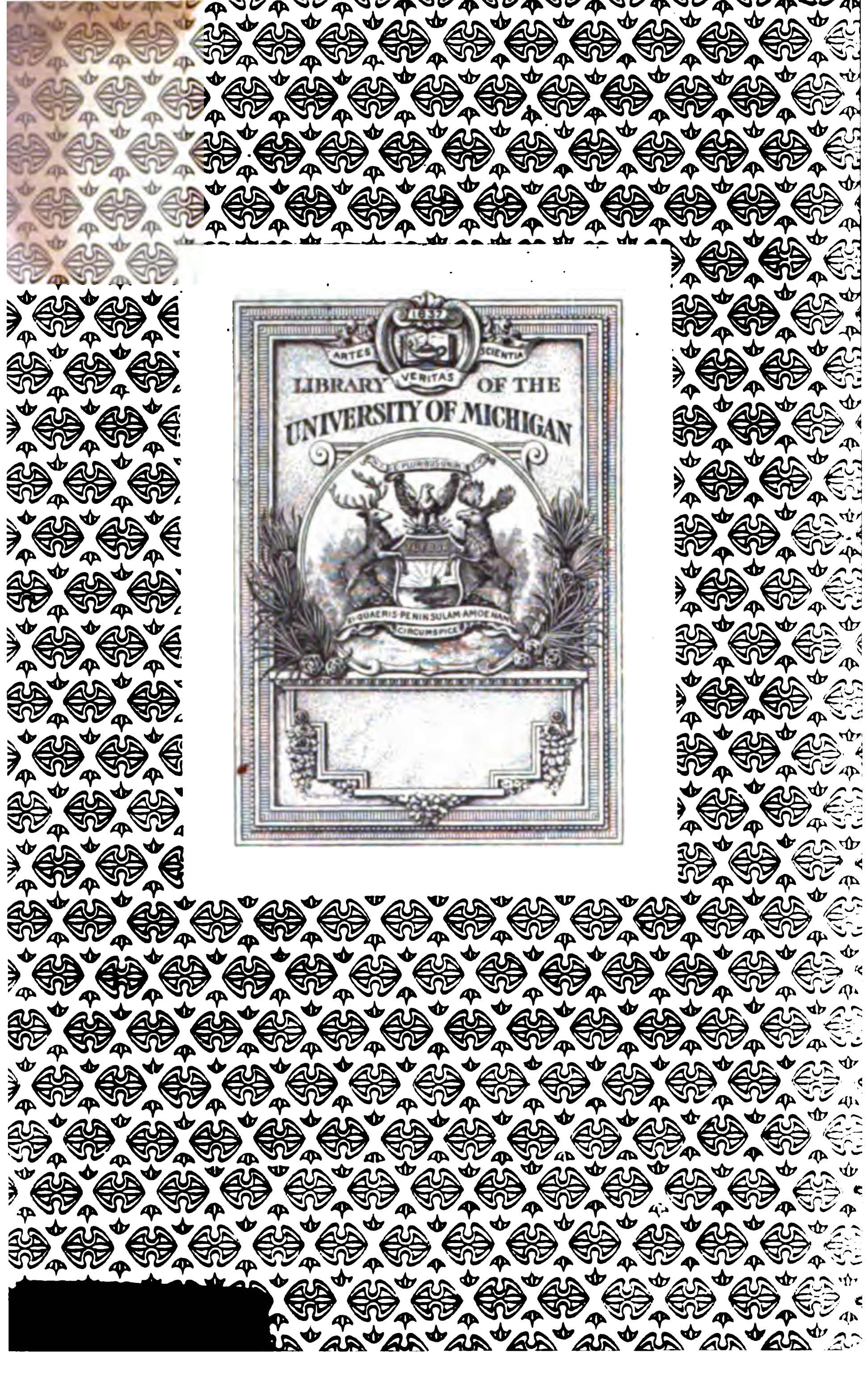
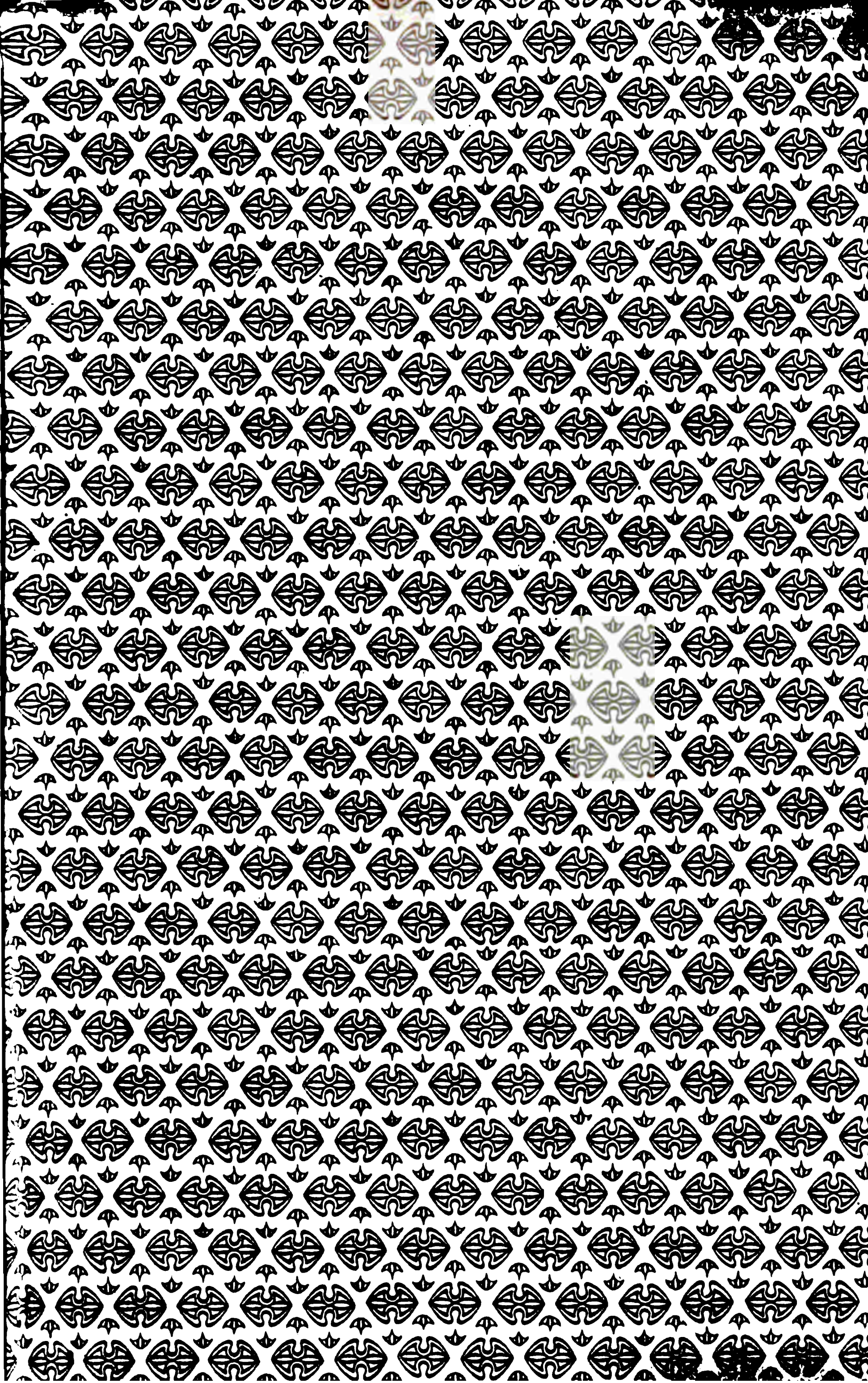





1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE




1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXXI

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris........................	18	francs.
Pour les départements.............	20	—
Pour l'Europe.....................	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique.....	23	—
Pour les autres parties du monde...	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr LEBLOND, 53, rue d'Hauteville, pour la partie gynécologique ; à M. le Dr PINARD, 11, rue Roquépine, pour la partie obstétricale ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT ET TILLAUX

Rédacteurs en chef :

A. PINARD ET A. LEBLOND

TOME XXXI

Contenant des travaux de MM.

CHAMBRELENT, CRIMAIL, ENGSTROM (O.) (Helsingfors), HERRGOTT (A.), Mme KLASSON (A.), LABUSQUIÈRE, LEGRAND, PINARD, QUEIREL, RIBEMONT-DESSAIGNES, ROUVIER (J.), ROUX et SCHNELL, TAYLOR (A.) (New-York), TERRILLON, TILLAUX, TRÉLAT, TROISIER et MÉNÉTRIER, WALLICH (V.).

1889

(1er SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1889

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1889

TRAVAUX ORIGINAUX

LEÇONS SUR LES PROLAPSUS DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

Par M. **Trélat**

Professeur de clinique chirurgicale à la Charité

Recueillies et rédigées par M. le Dr BARETTE, chef de clinique chirurgicale.

QUATRIÈME LEÇON (1)

TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX

SOMMAIRE. — La thérapeutique du prolapsus est basée sur l'anatomie et la physiologie pathologique de ces lésions. La complexité de celles-ci impose des manœuvres opératoires variées et complexes. Les pessaires sont souvent insuffisants. Trois classes de prolapsus : 1° Prolapsus vaginaux ou utéro-vaginaux vulgaires et curables ; 2° Prolapsus complets et irréductibles ; 3° Prolapsus compliqués d'hypertrophies. Choix des opérations suivant chaque cas particulier. Périnéorrhaphie. Raccourcissement des ligaments ronds. Elytrorrhaphie antérieure. Colpo-périnéorrhaphie. Cloisonnement vaginal. Utérorrhaphie Hystérectomie vaginale. Amputation sous-vaginale du col. Amputation conoïde ou sus-vaginale.

Il nous reste maintenant, Messieurs, à aborder la délicate question des indications thérapeutiques. Ici nous pouvons nous appuyer sur deux bases également importantes. J'ai

(1) V. *Annales de gyn.* de novembre 1888.

insisté avec intention sur le mécanisme anatomo-pathologique des déplacements utéro-vaginaux, de leurs complications, de leurs degrés si nombreux et si variés. Ces connaissances sont en effet la base la plus sérieuse qui puisse nous guider dans le choix de l'intervention thérapeutique. Nous voyons, par exemple, dans un très grand nombre de cas, que le périnée fait plus ou moins complètement défaut ; nous connaissons d'autre part le rôle du corps périnéal comme soutien des organes pelviens. De ces notions découle une indication primordiale : il faut reconstituer le soutien périnéal ; il faut rétablir un plan suffisamment résistant pour soutenir la cloison recto-vaginale et lutter contre sa tendance au déplacement. Dans nombre de cas nous constatons un allongement, un déplissement des parois vaginales ; là encore nouvelle indication il faut diminuer la surface. L'utérus n'est plus fixé à son niveau naturel dans l'excavation pelvienne, il faut l'y replacer. Toute la thérapeutique restauratrice, celle à laquelle il faut s'appliquer ici, celle qu'il faut s'efforcer de perfectionner chaque jour peut se résumer dans une seule idée ; rétablir les conditions normales de fixité, et les moyens de soutien des organes déplacés. C'est là, je le reconnais avec regret, un idéal qu'il ne nous est pas toujours permis d'atteindre, il est des organes, il est des plans du plancher pelvien que nous ne saurions réparer même au moyen des opérations les mieux combinées ; nous ne pouvons rendre aux muscles atrophiés et déchirés leur puissance. Nous ne pouvons agir sur tous les ligaments de l'utérus et les ramener directement à leur brièveté normale. Nous ne pouvons restituer aux aponévroses profondes une solidité qu'elles ont perdue. Aucun moyen dont l'efficacité soit démontrée n'est en notre pouvoir pour rendre au tissu cellulaire allongé, tiraillé, qui réunit les organes prolabés, une résistance et une brièveté convenable. On est donc fatalement arrêté par des impossibilités matérielles, cependant dans beaucoup de cas le chirurgien rend des services réels, et procure par ses interventions réglées et sagement combinées

des guérisons durables ou au moins des améliorations dont les patientes se louent grandement pendant le restant de leurs jours.

Il faut encore remplir une seconde condition pour que l'intervention soit efficace ; le diagnostic des déplacements et des lésions qui peuvent les compliquer doit être complet, rigoureux et exact. Et pour atteindre ce but je vous rappelle encore que vous aurez tout avantage à examiner les femmes sur le lit au spéculum, puis debout ; pendant une respiration normale ou en provoquant un effort. Il faut en effet toujours proportionner l'acte opératoire à l'étendue de la lésion, combiner, dans nombre de cas, des opérations multiples pour obtenir un résultat complet. Vous allez voir, en effet, que chez plusieurs malades, nous avons dû combiner des opérations de nombre variable pour obéir aux indications multiples qui s'imposaient. Quand, par exemple, nous avons à traiter un prolapsus compliqué de rétroflexion marquée nous corrigeons successivement la rétroflexion, puis le prolapsus, afin d'obtenir un effet adéquat aux lésions que nous avons à traiter.

L'antisepsie nous a permis aujourd'hui d'agrandir très notablement le cercle de nos interventions. Grâce à cette précieuse méthode, et pourvu que nous lui soyons fidèles, nos opérées ne courent plus, on peut l'affirmer, aucun des risques opératoires qui pouvaient nous faire reculer autrefois ; de plus, résultat mille fois précieux, nous pouvons compter sur la réunion primitive et immédiate de nos sutures, condition de succès essentielle, indispensable, pour le plus grand nombre de ces opérations. Ajoutons en passant que, plus heureux que nos devanciers, nous avons à notre disposition un outillage meilleur, mieux adapté aux organes que nous traitons ; et ce n'est pas là une condition de succès négligeable, surtout quand il s'agit d'opérations délicates et souvent laborieuses.

Il vous semble, Messieurs, que je ne voie plus d'autres moyens thérapeutiques à opposer aux prolapsus, que les

méthodes sanglantes, les opérations complexes, les sections, les sutures et les autoplasties. Quel rôle sont donc appelés à jouer ces appareils si nombreux, et si variés, les pessaires, en un mot, qui ont été si longtemps conseillés et décrits. Je ne les rejette pas absolument ; ces pessaires, dans certains cas de prolapsus légers, quand la paroi vaginale n'est pas trop distendue, quand le plancher périnéal est contractile et résistant, peuvent rendre des services et alors les plus simples sont souvent les meilleurs. Je ne vous conseillerai pas cependant le moyen de contention qu'employait une malade dont Neugebauer (1) de (Varsovie) rapporte l'observation. Elle soutenait son prolapsus à l'aide d'une pomme au lieu de pessaire ; et elle changeait la pomme tous les cinq jours ! Ordinairement les anneaux ronds élastiques sont bien supportés et efficaces, mais sachez-le bien, Messieurs, quand un prolapsus existe jamais un pessaire n'a pu entraver les progrès de l'infirmité. L'histoire de ces malades est toujours la même, on leur conseille un pessaire, il les soulage, puis il devient impuissant, on en donne un plus puissant, même soulagement immédiat, même impuissance, dans la suite ; puis arrive une période où le pessaire ne peut plus être supporté, il a provoqué des ulcérations, il cause des douleurs persistantes ; ou bien, ce qui est encore plus fréquent il ne peut tenir en place ; il est devenu tout à fait inutile ; et alors vous figurez vous bien, la vie misérable et précaire de ces malheureuses qui souffrent perpétuellement de tiraillements lombaires, et de ce poids qu'elles portent à la vulve ; qui ressentent douloureusement les frottements sur ces surfaces exulcérées, sanieuses, suintantes, qui répandent une odeur repoussante pour l'entourage de la malade, et pénible pour elle-même. Figurez-vous bien, quand vous voyez ces cas extrêmes qui touchent à l'incurabilité, que ces femmes ont passé par des périodes où leur prolapsus était guérissable totalement, et où pour le moins on pouvait

(1) NEUGEBAUER. In Vratch, 1887, n° 52.

l'améliorer ; que cette considération vous engage à ne point conseiller une temporisation trop longue. Je ne comprends pas, pour ma part, pourquoi certains auteurs, Hatherly, par exemple (1), conseillent d'attendre la ménopause pour pratiquer les opérations plastiques sur le vagin. Je crois que plus votre intervention sera précoce, moins grande sera son étendue, moins grands, par conséquent, seront les risques courus par votre malade. Il faut aussi bien se rappeler que plus on sera rapproché du début des accidents moins les tissus seront atrophiés, dégénérés, déchus, de leurs propriétés premières.

Pour vous guider sûrement dans le choix des interventions, il faut nous rapporter aux observations rapportées dans les précédentes leçons.

Nous les rangeons en trois catégories ; l'une comprendra les prolapsus vaginaux et utérins légers ou moyens, totaux ou partiels, avec insuffisance à peu près constante du périnée. Ce sont les cas les plus fréquents, les prolapsus peu anciens, curables ou grandement améliorables. Je vous rappelle qu'ils peuvent présenter plusieurs variétés : a) prolapsus vaginaux purs sans descente de l'utérus, des deux parois du vagin, ou d'une paroi seule avec cystocèle.

b) Prolapsus utéro-vaginaux, avec rétroversion (cas fréquents) ou antéversion (cas rares) quelquefois avec prolapsus du rectum (obs. II).

La seconde classe comprendra les mêmes déplacements mais à leurs degrés extrêmes, ces chutes totales de la matrice, avec hypertrophies, ulcérations, non réductibles : lésions à peu près incurables par les procédés si efficaces dans les premières périodes et devant lesquelles on n'a d'autre alternative que de conserver une infirmité des plus pénibles ou de retrancher l'organe prolabé.

Enfin dans la troisième catégorie je range les prolapsus compliqués d'hypertrophie ; et là encore nous établissons

(1) *British Med. Journ.*, 1888.

plusieurs sous-divisions suivant que cette hypertrophie porte seulement sur une lèvre du col ; qu'elle atteint la portion sous-vaginale ou la portion sus-vaginale du segment cervical de l'utérus.

A tous ces cas conviennent des opérations déterminées. Sans vous faire la description détaillée de celles-ci, je vous en ferai saisir les indications et les résultats.

Suivant les cas encore, ces opérations peuvent être rangées en diverses catégories ; en effet, les unes sont destinées à combattre le prolapsus, et alors elles agissent soit en rétablissant le corps périnéal, soit en rétrécissant suivant leur largeur les parois du vagin devenues trop vastes, soit en les rattachant l'une à l'autre de façon à former une barrière contre nature devant l'utérus. Quelquefois aussi nous devrons essayer de rétablir la puissance des ligaments supérieurs de l'utérus, et de redresser des rétro-déviations. D'autres opérations combinées ou non avec les précédentes agiront sur le col hypertrophié et en retrancheront une portion plus ou moins notable. Enfin on sera quelquefois amené à pratiquer l'ablation totale de prolapsus incurables.

Nous avons eu à donner nos soins à un certain nombre de malades atteintes de prolapsus légers ou de moyenne gravité, compliqués de cystocèle et de rectocèle plus ou moins accusées, ainsi que d'insuffisance périnéale. Les malades des obs. I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, en sont des exemples et nous pourrions aujourd'hui en ajouter beaucoup d'autres que nous avons traitées depuis le jour où nous avons fait cette leçon.

Toutes nos malades, sauf du moins celle dont M. Marchant nous a communiqué l'observation, cystocèle pure avec prolapsus léger, avaient un périnée insuffisant. Il a fallu pratiquer la restauration de cet organe de soutien. La *colpo-périnéorrhaphie* est l'opération de choix dans ce cas ; nous l'avons fait subir aux malades des observations I, III, VI, VIII.

La paroi antérieure du vagin prolabée ayant entraîné la

production d'une cysotèle peut être facilement modifiée. Dans ce but on a institué des opérations destinées à la retenir transversalement (Emmet, Marion Sims), je leur préfère l'élytrorrhaphie antérieure, et je l'ai parfois combinée avec la colpo-périnéorrhaphie chez plusieurs de nos malades.

Cette combinaison était parfaitement indiquée dans le cas de Marchant, mais la malade refusa de la subir.

Chez une de nos malades (obs. II), outre le prolapsus des organes génitaux, il y avait un prolapsus du rectum. Nous avons vu que cette jeune femme présentait des lésions d'ordre congénital toutes particulières et qu'il n'y avait eu chez elle aucune déchirure périnéale. Je crois que dans ce cas toute intervention sanglante eût été inutile au moins pour le moment présent ; et je me suis contenté de corriger son prolapsus rectal au moyen de cautérisations linéaires énergiques, verticales, pratiquées à l'intérieur de la cavité à l'aide du thermocautère et après application préalabble de mon spéculum dilatateur de l'anus.

Cette opération doit toujours être pratiquée avant de s'attaquer aux prolapsus génitaux ; nous la fîmes le 3 mai 1887. On fit ensuite prendre à la malade des douches froides sur le périnée et on obtint une amélioration très notable. Le prolapsus rectal ne reparut pas. Il ne faut pourtant pas se dissimuler que dans ce cas particulier il sera besoin de surveiller et de revoir la malade.

Dans un cas récent nous avons eu à lutter contre un prolapsus compliqué de rétroversoflexion marquée (obs. III) avec insuffisance périnéale. Qu'avons-nous fait ?

D'abord nous avons agi contre la rétrodéviation de l'utérus ; ayant reconnu qu'elle était réductible, nous avons pratiqué l'opération d'Alquié-Alexander, ou raccourcissement des ligaments ronds, et 18 jours après la colpopérinéorrhaphie.

Deux mots maintenant, Messieurs, sur ces diverses opérations.

L'élytrorrhaphie antérieure consiste, selon la méthode d'Hégar que j'emploie, à enlever sur la paroi antérieure du vagin un losange de muqueuse dont on suture ensuite les bords droits aux bords gauches de façon à obtenir une ligne de suture médiane.

L'étendue du losange doit être proportionnée au degré de cystocèle ; en longueur il s'avancera plus ou moins vers le méat urinaire, plus dans les cas où il y a en même temps urétrocèle, moins dans les cas ordinaires. En largeur il faudra enlever au moins un tiers de la surface au point le plus élargi si l'on veut obtenir un rétrécissement suffisant et je conseille de ne point tailler trop à l'étroit les deux extrémités antérieure et postérieure du losange. Le nombre des points de suture est variable. Dans un cas (obs. VIII) (5 mai 1886), j'ai appliqué 12 points de fil d'argent ; dans l'autre (18 mai 1887) deux points seulement. Chez les deux malades le résultat a été très bon.

La *colpopérinéorrhaphie* est destinée, comme vous le savez, à restaurer, le plancher périnéal et à rétrécir en même temps la paroi postérieure du vagin.

Je pratique l'avivement du périnée suivant le tracé dont j'ai donné les règles il y a quelques années, et que vous trouverez décrit tout au long dans la thèse d'un de mes élèves, le Dr Marcel Borand (Th., Paris, 1880), et je prolonge la partie supérieure de l'avivement aussi haut qu'il est nécessaire sur la paroi postérieure du vagin. C'est ainsi que j'ai opéré, le 5 mars dernier, chez la malade qui fait l'objet de l'observation III. Une fois l'avivement largement pratiqué, et pour cela il faut que les parties soient également et correctement tendues, soit avec les mains, soit avec des écarteurs spéciaux, on pratique la suture. Je commence toujours par les points vaginaux, et dans le cas dont je parle, je mis sept points de catgut dans le vagin. Je place ensuite les points périnéaux avec la grande aiguille courbe d'Emmet ; j'en plaçai deux de gros fil et deux de fil moyen dans le cas précité. Par-dessus on applique un pansement iodoformé, on

couche la malade les cuisses rapprochées et légèrement relevées sur le bassin, et on la sonde de temps en temps afin que le pansement ne soit point mouillé par l'urine.

Suivant que la déchirure périnéale est plus étendue, le prolapsus de la paroi postérieure est plus marqué, l'avivement doit remonter plus ou moins vers les grandes lèvres ou vers le vagin. Dans un autre cas (obs. VI) de prolapsus vaginal simple avec cystocèle légère et rectocèle, j'ai fait, le 24 décembre 1885, une opération dans laquelle mon avivement monta jusqu'à 7 cent. sur la paroi vaginale postérieure, tandis qu'il s'arrêtait à 2 cent. de la commissure sur le périnée, débordant fortement de chaque côté sur la face interne des grandes lèvres et du vestibule, c'était plutôt une colpocheilorrhaphie qu'une colpopérinéorrhaphie. Huit points de suture furent placés sur la portion vaginale de l'avivement, trois sur la portion périnéale.

Le 18 janvier suivant la réunion parfaite empêchait tout prolapsus et le résultat s'est maintenu depuis. Cette opération de colpopérinéorrhaphie est, je crois, Messieurs, destinée à rendre de signalés services. Elle crée un nouvel appareil de contention vaginale et ses résultats sont durables et bons. Hégar, Rokitansky citent des malades observées 8 et 10 ans après l'opération et chez lesquelles la guérison ne s'était pas démentie. L'accouchement avait même pu s'accomplir sans amener de récidive.

Je m'étendrai peu, Messieurs, sur les indications à remplir dans les prolapsus complets et volumineux. Il faut cependant distinguer des cas. Dans une première classe de faits les organes prolabés sont encore réductibles, ils ne sont pas ulcérés, la précipitation totale est encore relativement récente. On peut tenter d'améliorer la situation de la malade; les opérations précédemment indiquées peuvent être tentées. On peut aussi avec avantage recourir au procédé dit du cloisonnement proposé par mon collègue M. Le Fort en 1877. Cette opération consiste à réunir par la suture la paroi postérieure à la paroi antérieure du vagin et à créer ainsi

au milieu de cet organe une cloison solide qui soutienne l'utérus et l'empêche de descendre

On a aussi proposé de fixer l'utérus par sa base, à la paroi abdominale dans la région hypogastrique, c'est ce qu'on nomme l'utérorrhaphie, mot insuffisant pour exprimer toute l'idée que cette opération comporte et que je propose de remplacer par le terme d'hystéropexie.

Je ne vous en parlerai pas plus longuement, n'ayant jamais eu l'indication de l'exécuter.

Quant au contraire ces prolapsus complets ne sont plus réductibles à cause de leur volume augmenté par une lente hypertrophie et la congestion passive; quand ils sont douloureux, ulcérés et qu'ils constituent une douloureuse infirmité, on abandonne le plus souvent toute intervention et on se borne à conseiller des moyens purement palliatifs.

C'est dans ces cas que l'on a proposé ces temps derniers de pratiquer l'hystérectomie vaginale. Gebhardt, Kehler, Kaltenbach à l'étranger, plusieurs de nos collègues en France, ont défendu cette doctrine et pratiqué l'ablation de l'organe. C'est encore affaire de discussion et de tempérament chirurgical.

Il me reste enfin à vous dire quelques mots des opérations que l'on doit opposer aux prolapsus compliqués d'hypertrophies. Il y a d'abord un fait clinique important à signaler.

La marche, les efforts, la station, la vie habituelle en un mot, congestionnent toujours les organes prolabés et hypertrophiés ; aussi pour bien apprécier l'état réel des lésions, pour bien préparer ces organes aux opérations jugées nécessaires, il faut toujours soumettre les malades au repos et on verra bientôt les organes hypertrophiés diminuer notablement. Dans l'espace de trois semaines nous avons vu l'utérus d'une de nos malades, qui mesurait 14 cent. au premier examen, descendre successivement à 13, 12 1/2, puis 12 cent.

L'allongement hypertrophique peut porter sur la portion *sous-vaginale* ou sur la portion *sus-vaginale* du col utérin. Huguier proposa dans son mémoire de 1862 deux opérations :

pour remédier à cette déformation, l'amputation *circulaire* dans l'hypertrophie *sous-vaginale*, l'amputation *conoïde* dans la *sus-vaginale*.

Cette dernière opération présentait des dangers sérieux à cause du péritoine près duquel Huguier se portait quand il pratiquait le décollement du cul-de-sac postérieur et de la vessie dont il n'était pas loin dans le décollement du cul-de-sac antérieur. Toutes les deux, sous-vaginale ou sus-vaginale, exposaient aux hémorrhagies, à la suppuration et à tous ses accidents, elles cicatrisaient lentement et pouvaient être suivies d'une atrésie cicatricielle du col. Aussi Marion Sims y a-t-il introduit une importante modification qui consiste à réunir la muqueuse du col à la muqueuse vaginale et permet d'obtenir ainsi la réunion immédiate.

L'amputation sous-vaginale peut se faire très simplement en évitant toute hémorrhagie, il m'est arrivé plusieurs fois de la pratiquer à l'aide de l'anse galvanique, procédé également préconisé par Spigelberg, Grunewald, et Neugebaüer En voici un exemple chez la malade qui est l'objet de l'obs. IX. Le 12 décembre 1884 j'appliquai, à un centimètre environ de l'insertion vaginale, l'anse galvanique. La malade non chloroformisée souffrit très peu, la section fut très régulière et ses suites absolument simples. Le 6 janvier suivant on ne voyait plus qu'une surface rose et bourgeonnante de 16 millim. de diamètre. Le 26 du même mois, la malade sortait radicalement guérie. A ce moment l'orifice du col se trouvait au centre d'un petit bourgeon rose et l'hystéromètre ne marquait plus que 7 cent. au lieu de 14 constatés au moment de l'entrée.

L'amputation conoïde modifiée par Sims peut aussi, avec tout avantage, être pratiquée dans l'allongement sous-vaginal. J'y ai eu recours dans un cas rapporté à l'obs. VII. Il existait chez cette femme une cystocèle marquée et une hypertrophie notable du col utérin. Je combinai le 25 juin 1886 les deux opérations d'amputation conoïde du col et de colporrhaphie antérieure. Cette dernière commençait au

niveau même du col ; 28 points de suture furent nécessaires pour réunir toutes les parties divisées. Le résultat fut parfait et la malade est restée guérie.

Pour remédier à l'allongement de la portion supra-vaginale l'amputation conoïde est l'opération de choix. Tous les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord sur ce point ; Gallard, Labbé, Gaillard Thomas sont unanimes à le reconnaître. L'instrument tranchant est de beaucoup préférable aux moyens de diérèse ignée. Mais au lieu de pratiquer l'opération d'après la méthode primitive d'Huguier dont je vous ai exposé les dangers il est préférable de suivre la modification mise en pratique par Hegar.

Au lieu d'ouvrir le cul-de-sac vaginal et le tissu cellulaire péri-utérin il les respecte et pratique son incision circulaire au-dessous des insertions de la paroi vaginale. L'instrument tranchant est conduit de façon a détacher un coin à sommet supérieur, puis on suture la muqueuse cervicale à la muqueuse vaginale de façon à obtenir la réunion par première intention.

Ces opérations sur le col utérin dans les cas complexes de prolapsus avec allongements hypertrophiques doivent précéder les autres interventions. Telles de ces diverses colporrhaphies dont nous avons suffisamment parlé plus haut.

Vous le voyez, Messieurs, les procédés opératoires sont multiples, mais chacun d'eux s'adresse à un point spécial de l'étude des prolapsus. Souvent on doit combiner plusieurs interventions, en une seule ou en plusieurs séances. Toutes ces opérations dont je vous ai parlé, dans le choix desquelles j'ai voulu vous guider, ont fait leurs preuves. Elles ont donné de bons et excellents résultats toutes les fois qu'on a bien saisi l'indication et qu'on a bien réalisé l'exécution.

HOTEL-DIEU. — SERVICE DE M. TILLAUX

DE LA RÉTROFLEXION UTÉRINE

Leçons recueillies par **H. Rieffel**, interne du service.

Je désire aujourd'hui, Messieurs, vous dire quelques mots de la rétroflexion utérine. Je n'ai pas l'intention de vous présenter un exposé didactique complet de cette déviation; je veux seulement, à propos d'une femme que je vais opérer tout à l'heure devant vous, insister sur quelques points délicats du diagnostic et du traitement.

Notre malade est couchée au numéro 10 de la salle Ste-Marthe. Très nerveuse, elle souffre depuis quatre ans dans la fosse iliaque droite et dans la région hypogastrique; les douleurs qu'elle ressent sont continuelles, lancinantes, et d'une telle intensité qu'elle est venue de la province réclamer nos soins. Elle est encore vierge malgré ses 24 ans: détail intéressant à noter dans le cas particulier, car nous savons que les grossesses et les troubles de l'involution puerpérale jouent un rôle prédominant dans la pathogénie des déviations de la matrice. Or, bien que ce facteur étiologique ne puisse entrer en ligne de compte, bien que nous ne relèvions dans les antécédents aucun état pathologique de l'utérus, des annexes ou du péritoine pelvien, notre malade est atteinte d'une rétroflexion, et d'une rétroflexion très prononcée.

L'utérus, rectiligne à l'état normal ou plus souvent légèrement fléchi sur sa face antérieure au niveau de l'isthme, peut subir deux ordres de déviations en arrière : tantôt il éprouve dans sa totalité un mouvement de bascule, qui porte le fond vers le rectum et rapproche le col de la symphyse pubienne ; tantôt, au contraire, le segment cervical de la matrice reste fixe, immobile au fond du vagin avec lequel il conserve tous ses rapports ; mais le corps de l'organe, ren-

versé dans le cul-de-sac de Douglas, forme avec le col un coude ouvert en arrière, un angle droit ou même aigu. La première déviation, plus rare que la seconde, constitue la rétroversion. Celle-ci détermine parfois de la constipation par compression du rectum, et plus fréquemment des envies d'uriner, du ténesme, dû au refoulement et à l'aplatissement du col vésical contre le pubis par le col utérin reporté tout entier en avant. Au toucher vaginal, le doigt ne rencontre plus le museau de tanche, mais vient directement butter contre la face postérieure de la matrice.

C'est sous un aspect différent que se présente la seconde déviation désignée sous le nom de rétroflexion. Le col, dont les connexions anatomiques n'ont subi aucun changement, se sent au fond du vagin avec ses caractères normaux ; mais le cul-de-sac postérieur est occupé ou même rempli par une tumeur qui n'est autre que le corps de l'utérus. Pour arriver au diagnostic, nous avons à notre disposition le toucher rectal, le toucher vaginal, employé seul ou combiné au palper hypogastrique, enfin le cathétérisme utérin. Je ne vous dirai rien de ce dernier. En effet, à mon avis, son usage, qui n'est pas sans danger, doit être réservé aux cas douteux. D'ailleurs, les autres moyens d'exploration sont en général suffisants pour reconnaître une rétroflexion. Ainsi le doigt, longeant la paroi antérieure du rectum, constate la présence d'une tumeur ferme, plus ou moins arrondie, c'est le corps utérin. Toutefois, pour ne pas s'y tromper, il importe de bien s'orienter et de savoir que le col, exploré à travers la paroi rectale, paraît souvent augmenté de volume. Le toucher vaginal donne des renseignements plus précis. Les culs-de-sac antérieur et latéraux du péritoine sont libres ; le postérieur, au contraire, est déformé. On y trouve le corps globuleux de l'utérus séparé du col par une rainure plus ou moins profonde ; mais (et c'est là un point sur lequel je ne saurais trop insister), il est essentiel que le doigt ait, au niveau de la rainure, la sensation d'une continuité directe entre deux masses, l'une, col utérin, formant la paroi antérieure, l'autre,

corps de la matrice, occupant la paroi postérieure du cul-de-sac de Douglas. Enfin, pendant que l'index est dans le vagin, ne négligez jamais de palper l'hypogastre. Chez une femme assez maigre, à paroi dépressible, le doigt vaginal et la main appliquée sur l'abdomen arriveront ainsi au contact : preuve qu'il n'y a pas d'utérus interposé entre eux.

N'allez pas croire cependant, Messieurs, qu'à l'aide des signes précédents, vous reconnaîtrez toujours sans peine une rétroflexion utérine. Les fautes de diagnostic sont fréquentes dans l'espèce, car les causes d'erreur sont multiples et les renseignements fournis par l'exploration physique sont parfois susceptibles de plusieurs interprétations. Je vous rappelle que le doigt introduit dans l'anus peut prendre le col pour le corps de l'utérus; mais, d'une part, le palper hypogastrique démontre la présence de la matrice à sa place normale, et, d'autre part, en touchant simultanément par le rectum et le vagin, les deux doigts saisissent la tumeur formée par l'utérus, si celui-ci est fléchi en arrière. La présence fréquente de matières stercorales accumulées dans l'ampoule rectale en impose souvent au premier abord pour une rétroflexion; mais, si elles sont semi-dures, le doigt dans le cul-de-sac vaginal postérieur, les déprime et éprouve une résistance analogue à celle du mastic, et, si elles sont très dures, le toucher rectal tranche la question. Ce sont là, toutefois, des erreurs qu'un défaut d'attention peut seul expliquer. Il en est d'autres, plus sérieuses, plus difficiles à réellement éviter. Je fais allusion aux cas dans lesquels il existe bien une tumeur dans l'excavation de Douglas.

Plusieurs questions se présentent alors : Et d'abord cette tumeur fait-elle ou non partie intégrante de l'utérus ? Et, si elle fait corps avec lui, occupe-t-elle la matrice en situation normale ou en déviation postérieure? Enfin, si la tumeur en est indépendante, remplit-t-elle seule le cul-de-sac vaginal, ou est-elle accompagnée d'un utérus en rétroflexion ? Vous voyez que le problème du diagnostic, si simple en apparence, se complique singulièrement. Je ne saurais bien entendu, l'en-

visager ici sous toutes ses faces et vous dire à l'aide de quels signes vous distinguerez, par exemple, le prolapsus de l'ovaire, une salpingite, un reste d'hématocèle; je veux uniquement attirer votre attention sur un cas particulier, important à connaître pour le clinicien, sur celui d'un fibrome de la paroi postérieure coïncidant ou non avec un utérus rétrofléchi. La matrice occupe-t-elle dans l'excavation pelvienne sa situation physiologique, le palper hypogastrique et l'exploration du cul-de-sac antérieur le démontrent aisément; par suite le diagnostic s'impose. Mais, supposons que le fibrome et la rétroflexion coexistent. Alors, de deux choses l'une : ou bien la tumeur est pédiculée, parfaitement isolable et le cas n'est guère embarrassant pour un doigt exercé ; ou bien le corps fibreux est interstitiel, siège dans l'épaisseur même de la paroi utérine, et le chirurgien se heurte à des difficultés parfois insurmontables. Les signes physiques sont, en effet, identiques dans les deux cas. C'est dans ces circonstances qu'on a surtout vanté le cathétérisme comme moyen de diagnostic par excellence. Il fournit, je l'avoue, de bons renseignements dans la première alternative, lorsque le myome est pédiculé ; mais la marche de l'affection peut seule nous éclairer sur l'existence d'une métrite parenchymateuse avec rétroflexion ou d'un fibrome utérin intrapariétal postérieur avec rétroflexion.

Les effets de cette déviation, considérés en dehors des accidents imputables aux lésions causales ou concomitantes sont très variables. Il est des femmes chez lesquelles la rétroflexion ne provoque aucun trouble fonctionnel et n'empêche même pas la conception ; ainsi, mon éminent ami, le professeur Pajot a observé un cas dans lequel, au quatrième mois de la grossesse, l'utérus se redressa brusquement pour se développer dans l'abdomen ; la déviation se reproduisit, il est vrai, après l'accouchement. Mais vous verrez aussi d'autres femmes, chez lesquelles la flexion de la matrice est une cause de stérilité ; vous en rencontrerez qui souffrent d'une façon continuelle et éprouvent des douleurs excessives irra-

diant vers la région rénale. J'ajoute que chez les jeunes filles, il n'est pas rare que la déviation provoque des troubles graves de la menstruation. Notre malade, cependant, a toujours été bien réglée ; néanmoins, elle souffre depuis trois ans et le décubitus prolongé auquel nous l'avons astreinte depuis son entrée, n'a pas réussi à atténuer l'intensité des phénomènes douloureux. Comment expliquer ceux-ci ? Devons-nous les rattacher à une compression de quelques filets nerveux au niveau du coude que forment le col et le corps utérins ? Faut-il admettre, comme le veulent certains gynécologistes, que l'établissement de la période génitale ait éveillé les symptômes d'une déviation restée latente jusqu'à ce moment et datant peut-être de la naissance ? Il est difficile de se prononcer. Peu importe, du reste, la solution de ces détails purement théoriques. Ce qu'il est infiniment plus utile de savoir, c'est que la douleur résulte bien moins souvent de la déviation elle-même que de la métrite qui l'engendre, l'accompagne ou l'aggrave. Cette proposition est capitale, et je vous engage à la retenir, à la fixer dans votre esprit, si vous ne voulez pas dans votre pratique vous exposer à des échecs thérapeutiques.

Vous devez en effet, Messieurs, au point de vue du traitement, analyser et apprécier exactement la part qui revient à la métrite et la part qui revient à la rétroflexion dans la pathogénie des accidents douloureux. Sans cette distinction, vous risquez de faire fausse route. S'il existe avec une rétroflexion des phénomènes congestifs et inflammatoires du côté de la matrice, c'est à les combattre que doivent tendre tous vos efforts ; et si vous réussissez à guérir la métrite par des moyens appropriés, vous serez parfois surpris de voir toutes les souffrances disparaître, malgré la persistance de la déviation utérine.

Dans un second groupe de faits, bien moins riche que le précédent, la rétroflexion existe seule sans l'ombre de métrite. Que faire alors ? Avant d'agir, il faut vous assurer du degré de mobilité et de réductibilité de l'utérus. Celui-ci, en effet,

n'est pas toujours redressable, soit que des brides résistantes unissent le corps et le col, soit qu'une inflammation scléreuse ait altéré la texture de la paroi utérine au niveau du coude de flexion. La matrice est-elle enclavée dans le petit bassin, solidement fixée par des adhérences péritonéales, toute intervention active est formellement contre-indiquée : bien moins utile que nuisible, elle ne procure alors aucun soulagement, elle peut provoquer des accidents graves, des pelvipéritonites aiguës, etc. Mais, si l'utérus est libre, non augmenté de volume (et c'est le cas chez notre malade), s'il est redressable, si les mouvements imprimés au col se propagent au corps de l'organe, vous devez essayer de corriger la position vicieuse. Réduire et maintenir la réduction : telle est l'indication qui se pose. Comment y satisfaire ?

Bien des moyens ont été préconisés. Je ne ferai que vous signaler les courants continus, le massage de l'utérus et le redressement manuel pratiqués à l'aide de deux doigts introduits dans le rectum, pendant que l'index de l'autre main porté dans le vagin, fixe le col utérin. Mais je veux insister davantage sur un procédé qui, à mon avis, est très bon, car je lui dois plusieurs succès, et qui est inoffensif, car je ne l'ai jamais vu déterminer d'hémorrhagies, de métrites, de perforations du fond de l'utérus ; je veux parler du redressement mécanique par l'hystéromètre, que vous me verrez exécuter tout à l'heure. La malade doit être endormie car les manœuvres ne laissent pas que d'être douloureuses.

Vous introduisez doucement la sonde, en ayant soin d'en tourner la convexité vers le pubis et de donner à l'instrument une direction oblique en arrière pour lui faire suivre sans peine la courbure du canal utérin. En procédant avec lenteur et sans la moindre violence, vous éprouvez un peu de difficulté pour passer le coude de flexion. Vous avez la sensation d'un obstacle franchi ; puis le cathéter atteint aisément le fond de la matrice. Vous le retirez légèrement, pour que le bec de l'instrument ne puisse contusionner la paroi, et vous faites basculer l'utérus en vous servant du manche de l'hys-

téromètre comme d'un levier. La main, appliquée sur l'hypogastre, arrive en général en contact de la tige métallique et vous permet de reconnaître que la réduction est bien faite. Si vous éprouviez quelque difficulté à relever l'utérus, il est utile d'aider à son dégagement hors du cul-de-sac de Douglas au moyen de deux doigts introduits dans le rectum. Puis vous retirez la sonde et la manœuvre est terminée. Il va sans dire que les précautions antiseptiques les plus strictes sont de rigueur, aussi bien avant que pendant et après l'opération.

Une seule séance suffit parfois pour amener un soulagement, presque immédiat, et même pour calmer à jamais les souffrances. Mais un premier échec ne doit pas vous décourager et vous ne réussirez souvent qu'après deux ou trois tentatives. Ceux d'entre vous qui suivent assidûment le service ont pu voir, au mois d'août dernier, au numéro 3 de la salle St-Marthe, une femme de 34 ans que j'ai traitée par ce procédé. Atteinte depuis sa deuxième grossesse remontant à trois ans d'une rétroflexion des plus douloureuses, elle avait essayé en vain mille remèdes pour se procurer quelque soulagement. Depuis cinq mois, les souffrances étaient extrêmes, continuelles, rendaient la marche presque impossible, et le décubitus, même prolongé, ne produisait qu'une faible amélioration. Deux séances de redressement mécanique ont suffi pour amener la disparition de tous les accidents. Nous n'avons pas revu la malade à laquelle nous avons conseillé de porter un pessaire ; mais j'ai tout lieu de croire que sa rétroflexion ne s'est pas reproduite, car elle était si satisfaite du résultat obtenu, qu'à la moindre alerte, elle fût certainement revenue nous consulter.

C'est là, Messieurs, un beau cas de guérison par le redressement utérin. Mais, s'il compte à son actif un chiffre respectable de succès, il faut reconnaître que dans bien des cas, il est impuissant à corriger la déviation ou plus exactement à maintenir la réduction. C'est alors, mais alors seulement, que vous êtes autorisés à intervenir par une méthode sanglante.

On a proposé, dans ce but, le raccourcissement des ligaments ronds et la suture de la matrice à la paroi abdominale. Je n'ai jusqu'à présent pratiqué ni l'une ni l'autre de ces opé rations ; mais j'avoue que la seconde me séduit plus que la première. Dans celle-ci, encore connue sous le nom d'opération d'Alexander, le chirurgien met à nu la partie terminale des deux ligaments ronds, les isole des tissus environnants, les attire au dehors jusqu'à ce que l'utérus ait repris sa situation normale, puis les suture à l'anneau inguinal. Plusieurs conditions plaident, à mon avis, contre le raccourcissement des cordons sus-pubiens appliqué à la cure de la rétroflexion : d'abord, il n'est pas toujours aisé, malgré des repères anatomiques très précis, de découvrir les fibres éparpillées du ligament rond au milieu de la graisse de la région pubienne, et bon nombre de chirurgiens sont restés en route sans avoir pu les trouver, en dépit des recherches les plus minutieuses ; d'autre part, si la rétroflexion est très accusée, les tractions qu'on exerce me paraissent plutôt exagérer que corriger l'attitude vicieuse de l'utérus. En troisième lieu, il me semble qu'après des grossesses répétées, l'insertion des ligaments ronds doit se déplacer de haut en bas et que, par suite, ces cordons n'agissent plus aussi efficacement que chez la jeune fille sur la situation du corps utérin ; enfin, et c'est là l'objection capitale, il y a lieu de faire des réserves très sérieuses sur la permanence des résultats immédiats et sur la question des récidives. Aussi, pour ma part, si j'avais à traiter un utérus mobile, redressable, dont la déviation ait résisté au cathéter mécanique, je préférerais faire d'emblée la laparotomie et suturer la face antérieure de la matrice au péritoine pariétal. Mais, quelque rationnelle qu'elle paraisse, cette opération, baptisée des noms divers de ventrofixation, utérorraphie, hystéropexie, est encore trop nouvelle, pour qu'on puisse apprécier sa valeur thérapeutique ; l'avenir seul jugera (1).

(1) Nous avons sur notre malade pratiqué le redressement ; mais elle

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DES GROSSESSES TRIPLES

Par **A. Pinard**, agrégé de la Faculté,
Accoucheur de la Maternité de Lariboisière.

Les grossesses triples sont très rares, les observations complètes les concernant le sont plus encore, leur histoire n'est qu'ébauchée et depuis quelques années seulement, dans les traités classiques ; pour ces raisons je crois devoir donner avec détails la relation d'un fait de ce genre observé récemment dans mon service, et le faire suivre de quelques réflexions.

La première partie de l'observation a été rédigée par M. Mantel, mon interne, la seconde par Mlle Carrier, sage-femme du service.

Grossesse triple diagnostiquée quinze jours avant l'accouchement. — Mort subite au début du travail. Extraction des trois fœtus vivants.

La nommée Alexandrine D..., femme D..., âgée de 38 ans, couturière, entre le 27 octobre 1888, à la Maternité de Lariboisière, salle Mauriceau, nº 2.

Cette femme ayant toutes les apparences d'une constitution normale et d'une bonne santé habituelle, ne présente aucun fait intéressant à relever dans ses antécédents héréditaires. Née à terme, régulièrement réglée, elle n'a jamais fait de maladie grave, et ne présente aucun signe de diathèse quelconque. Sa taille mesure 1 m. 62. Elle a eu 5 grossesses antérieures, normales, terminées par des accouchements spontanés, à terme et par le sommet. Quatre enfants sont vivants et bien portants à l'heure actuelle.

6e grossesse (grossesse actuelle) : les dernières règles ont eu lieu

n'a éprouvé qu'un soulagement très passager pendant deux jours. Depuis, elle souffre comme par le passé. M. Tillaux se propose de faire sous peu une seconde et même une troisième tentative, et, si elles échouent, d'exécuter l'utérorraphie.

dans le courant du mois de février 1888; jusqu'à l'époque de son entrée à la Maternité, tout s'est passé normalement. Cette femme a pu continuer à se livrer à ses occupations. Elle accusait néanmoins de temps à autre des accès de dyspnée assez pénibles mais toujours très passagers.

Dans la journée du 27 octobre, elle ressentit quelques douleurs. et pensant qu'elle était sur le point d'accoucher elle vint à la Maternité de Lariboisière où elle fut admise à 9 heures du soir.

A son entrée, on constata que cette femme, grande, amaigrie, paraissant normalement constituée, sans traces de rachitisme, présentait tous les signes d'une grossesse datant de huit mois environ.

La santé générale paraissait satisfaisante ; l'examen du cœur, des poumons, des différents viscères fut négatif.

Ce qui attirait l'attention c'était le développement du ventre. L'utérus paraissait beaucoup plus volumineux qu'il ne l'est à cette époque de la grossesse dans la grossesse simple. Son fond remontait à 10 cent. 5 environ au-dessus de l'ombilic, et il disparaissait de chaque côté sous les fausses côtes. Il existait un très léger degré d'œdème sus-pubien, et un peu d'œdème péri-malléolaire. Varices peu développées au niveau des membres inférieurs.

Au palper, la tension de l'utérus n'était pas exagérée; ses parois assez minces rendaient l'examen facile. On trouvait très nettement 3 pôles fœtaux indéniables ; l'un ballottait au fond de l'utérus et à droite, disparaissant sous le rebord costal droit; un 2e ballottait à gauche; enfin on en retrouvait un 3e très net ayant tous les caractères du pôle céphalique, ballottant au-dessus de la symphyse pubienne à peu près sur la ligne médiane; l'auscultation permettait de constater l'existence de 2 maxima : l'un à gauche entre l'épine iliaque et l'ombilic, le 2e en haut et à droite au-dessus de l'ombilic.

Au toucher, bassin normal, col largement déhiscent, membranes intactes, et 4e pôle : une tête très nettement engagée. Les douleurs peu intenses d'ailleurs qui avaient amené la femme à Lariboisière disparurent rapidement.

Le lendemain matin, le 29 octobre, M. Pinard examina cette femme, et fut conduit par son premier examen à admettre l'existence probable d'une grossesse triple; mais il se réserva d'examiner la femme plus longuement et suspendit son diagnostic.

Après deux examens minutieux, sa conviction fut faite, et le 30 à la visite du matin il dit textuellement aux élèves du service : « Je ne peux pas ne pas porter le diagnostic de grossesse triple ; le palper, pratiqué avec méthode, me force à faire ce diagnostic ». Il leur fit constater, et plus tard à MM. Champetier de Ribes et Stapfer, l'existence bien nette de six pôles fœtaux.

Un pôle fœtal, une tête, occupait l'excavation, se continuant, par un plan. résistant regardant à gauche et en arrière, avec un siège ballottant sous les fausses côtes gauches. Deux autres pôles céphaliques. L'un en bas au-dessus de la symphyse pubienne et au niveau de l'éminence iléo-pectinée droite ; cette tête est assez mobile ; l'autre occupant le fond de l'utérus à droite, c'est le pôle le plus élevé. Les deux derniers pôles, 2 sièges, occupaient l'un la ligne médiane au fond de la cavité utérine, l'autre la fosse iliaque droite ; les deux plans résistants de ces 2 fœtus étaient moins nettement perceptibles, et des six pôles fœtaux ce fut jusqu'à la fin le siège occupant la fosse iliaque droite dont la perception fut la moins facile.

Des trois foyers d'auscultation, l'un siégeait entre l'épine iliaque gauche et l'ombilic ; les 2 autres moins nettement séparables étaient perçus en haut et à droite au-dessus de l'ombilic. Ils se déplaçaient du reste assez fréquemment.

La grossesse continua à évoluer normalement, sans déterminer de troubles notables de la santé générale. Les examens assez prolongés auxquels cette femme était soumise chaque jour, ne paraissaient même pas la gêner notablement : elle allait et venait dans les salles, rendant même quelques petits services.

A deux ou trois reprises on crut quelle allait entrer en travail ; mais les douleurs se calmèrent comme la 1re fois. La santé générale se maintenait bonne ; l'examen du cœur et des poumons, répété plusieurs fois, resta toujours négatif.

Néanmoins le ventre grossissait et donnait à la mensuration les chiffres suivants :

4 novembre. Circ. omb., 112 cent.

Le 7. Circ. omb., 115 cent.

Le 12. Circ. omb., 116 cent.

A partir du 10 novembre la malade se plaignit de respirer difficilement, mais ses accès de dyspnée étaient très passagers et peu intenses, puisquelle supportait encore les examens de chaque matin (sans oreillers) sans en souffrir particulièrement.

Le 13, lors de la visite, elle causa gaiement avec M. Pinard ; elle se leva après la visite.

Vers 6 heures du soir quelques contractions douloureuses apparurent et se succédèrent jusqu'à neuf heures du soir. A ce moment elle se plaignit de ne pouvoir respirer et on alla prévenir Mlle Carrier.

Note remise par Mlle Carrier.

« A 9 heures 1/2 du soir, une infirmière vient me chercher pour la femme couchée au n° 3 de la salle Mauriceau, prise subitement d'étouffements.

Je trouve en effet dans la salle d'attente du service, accoudée à une fenêtre ouverte, cette femme qui dit ressentir de petites douleurs depuis quelques heures et se trouver très oppressée; elle parle néanmoins facilement, mais elle est légèrement cyanosée et anhélante.

Elle se rend seule jusqu'à la salle d'accouchements, refusant en riant le bras qu'on lui offrait.

En y arrivant elle ressent une contraction douloureuse, qui détermine un véritable accès de suffocation. La malade devient violacée, demande de l'air, sa respiration est sifflante. Elle est assise dans un fauteuil près de la fenêtre ouverte. Cet état, et la contraction qui paraît l'avoir produit, durent une demi-minute environ; après quoi la respiration redevient normale, les lèvres seules restent un peu violacées.

Elle prend quelques cuillerées de sirop d'éther et se trouve mieux.

Je l'examine alors, toujours assise dans son fauteuil, et je trouve le col effacé, l'orifice externe dilaté comme une pièce de 2 fr., à bords réguliers et souples, une tête engagée, recouverte encore par les membranes.

Après l'avoir fait coucher, ou mieux asseoir dans son lit soutenue par une pile d'oreillers, je romps les membranes dans le but de diminuer la tension intra-utérine, et j'envoie une infirmière prier l'interne du service de venir immédiatement, pensant qu'il serait peut-être possible d'extraire le premier fœtus par le forceps.

Tout cela a été l'affaire de quelques minutes.

Coup sur coup D... a deux ou trois contractions, et chaque fois les phénomènes précédemment décrits se renouvellent avec une intensité de plus en plus marquée.

Brusquement, à la suite d'un nouvel accès plus violent, la malade s'écrie « j'étouffe », se renverse en arrière, fait trois ou quatre inspirations spasmodiques et reste immobile.

Une écume sanguinolente s'échappe de la bouche, la pupille est largement dilatée, la vessie et le rectum se vident instantanément.

J'ausculte le cœur ; il a cessé de battre. Plusieurs piqûres d'éther, des frictions, des pressions sur la cage thoracique, la respiration artificielle restent sans résultats.

Abandonnant alors la mère qui est bien morte, je ne poursuis plus qu'un but : extraire les enfants le plus rapidement possible.

Seule, sans une aide, je ne puis songer au forceps, ni placer la femme en position obstétricale.

J'introduis, au travers de l'orifice qui n'oppose aucune résistance, ma main droite dans l'utérus. Je refoule la tête et j'arrive assez difficilement, parmi des extrémités multiples, à saisir un pied ; le fœtus évolue facilement et est rapidement extrait : il ne crie pas mais respire.

Pour ne pas perdre de temps, n'ayant pas de ciseaux sous la main, je casse le cordon et l'abandonne sans ligature.

Ma main, immédiatement réintroduite dans l'utérus, dont la cavité paraît énorme, rencontre une grande poche membraneuse flasque, qu'elle ne peut rompre. Je saisis un membre au travers et je l'attire dans le vagin, il rompt les membranes, c'est un bras ; en le prenant pour guide, j'arrive sur un pied qui vient pour ainsi dire de lui-même se placer dans ma main, et j'extrais, sans plus de difficultés, un second enfant qui se met aussitôt à crier.

Je confie la ligature et la section du cordon à l'infirmière qui vient de revenir, et pendant ce temps je réintroduis une troisième fois la main droite qui se perd à nouveau dans les membranes, les rompt par le même procédé que précédemment, et extrait le 3e fœtus dont la tête plus volumineuse résiste davantage. Il ne respire pas mais son cœur bat faiblement.

Au bout de quelques minutes d'insufflation la respiration s'établit.

Il ne s'est écoulé que très peu de sang pendant ces trois opérations qui n'ont pas duré cinq minutes. Il y a environ 10 à 12 minutes que la mère a rendu le dernier soupir, il est 10 heures du soir.

Les placentas restent adhérents. Les trois enfants sont en bon

état; ce sont dans l'ordre de leur extraction : 2 filles et un garçon.

La première, fille, la plus petite, pâle, ayant perdu un peu de sang avant qu'on ait pu faire la ligature du cordon rompu, pèse 2150.

La deuxième, fille, pèse 2720 gr.

Le 3e, garçon, 2950 gr. »

Voici maintenant les résultats de l'*autopsie* pratiquée le 15 novembre à dix heures du matin.

(L'utérus ne fut pas ouvert à ce moment; enlevé avec soin je le fis congeler afin d'en faire des coupes. Cette dernière étude fera l'objet d'une publication prochaine. Il y avait trois poches distinctes, mais seulement deux masses placentaires.)

La paroi abdominale mesure à peine 3 millimètres d'épaisseur sur la ligne médiane.

A l'ouverture de la cavité, il s'écoule une petite quantité de liquide séro-sanguinolent. (Le même liquide fut retrouvé dans les plèvres et le péricarde.)

On peut, à l'aspect que donne la cavité abdominale ouverte, la diviser en trois segments égaux et superposés.

Le segment inférieur est occupé par l'utérus.

Le segment moyen par la masse intestinale.

Le segment supérieur par l'estomac très distendu par des gaz.

La partie apparente de l'utérus mesure du bord supérieur de la symphyse à la masse intestinale qui recouvre sa partie supérieure : 8 centimètres.

En soulevant la masse intestinale, on aperçoit le fond de l'utérus distant du bord supérieur de la symphyse de 24 centimètres.

L'utérus est incliné à droite et tordu sur son axe. On aperçoit la trompe gauche dans une étendue de 3 cent. environ, la trompe droite est invisible. Le diamètre transverse maximum de l'utérus est de 19 cent.; il est représenté par une ligne oblique allant de la trompe droite à 3 cent. au-dessus de la trompe gauche.

L'utérus enlevé, sa face postérieure mesure, du col à la partie la plus élevée du fond, 30 centimètres.

Les *ovaires* seront décrits ultérieurement par le professeur Mathias Duval, qui a bien voulu se charger de leur examen.

Le *foie* est énorme, il pèse 3220. Son aspect est celui qu'il offre généralement à la fin de la grossesse.

Les *reins* sont simplement congestionnés.

La *rate* est grosse et diffluente.

Le *cœur* est surchargé de graisse surtout à droite; il pèse 410 gr.

La paroi du ventricule droit a une épaisseur de 3 millimètres.

La paroi du ventricule gauche mesure 13 millim. d'épaisseur.

Il n'y a que du sang diffluent, gelée de groseilles, dans toutes les cavités.

Pas de lésions des valvules.

Les poumons sont congestionnés, quelques adhérences pleurales. 150 gr. de liquide séro-sanguinolent dans la plèvre.

Rien d'anormal dans le cerveau.

Examen histologique *du foie et du cœur* fait par M. Mantel.

Foie. — Le foie est le siège d'une congestion très intense que dévoile l'élargissement considérable des capillaires distendus par des amas de globules rouges. Cette congestion est essentiellement diffuse et frappe également toutes les parties du lobule soit à la périphérie, soit au centre au voisinage de la veine sus-hépatique. En certains points, l'afflux sanguin a été assez considérable pour occasionner des hémorrhagies au sein du tissu hépatique.

Ces foyers apoplectiques présentent un aspect et une structure différents suivant l'ancienneté de la lésion : tandis que les uns, les plus récents, sont constitués par un amas de globules rouges à peine déformés et au milieu desquels on aperçoit les cellules hépatiques dissociées, comprimées mais à peu près intactes, les autres au contraire sont le siège d'un processus de réparation se traduisant par le développement, au sein des thromboses, de cellules jeunes se colorant vivement par le carmin.

Ces éléments embryonnaires sont d'autant plus abondants que le foyer est plus ancien. En aucun point cependant nous ne les avons vus envahir toutes la masse nécrobiosée, ce qui semblerait prouver que si les hémorrhagies se sont produites par poussées successives, leur début est de date récente.

Quoique se colorant moins bien que d'habitude par le carmin et l'hématoxyline, les cellules hépatiques paraissent peu altérées.

Cœur. — Le tissu conjonctif est plus abondant qu'à l'état normal et forme en pénétrant entre les fibres musculaires, des cloi-

sons à larges mailles, en général peu épaisses. Il est surtout abondant autour des vaisseaux.

Les artères sont le siège d'une endartérite assez marquée pour les oblitérer presque complètement. Les veines sont atteintes au même degré que les artères et paraissent plus étroites qu'à l'état normal.

Les fibres musculaires plus pâles présentent une striation moins nette que normalement, et ne sont atteintes en aucun point de dégénérescence granulo-graisseuse.

RÉFLEXIONS. — Je crois qu'il est de quelque intérêt de mettre en lumière certains points de cette observation.

La *physionomie* de cette grossesse ne présenta rien de caractéristique. Sauf quelque gêne passagère de la respiration, aucun phénomène de compression ne fut apparent. Le développement exagéré du ventre vers le 5e mois, assez souvent noté par les auteurs, ou bien n'a pas existé, ou n'a pas attiré l'attention de cette femme.

L'œdème existait à peine au niveau de la région sus-pubienne et au niveau de la région péri-malléolaire, et cela jusqu'au dernier jour.

Il y avait quelques varices, mais moins développées qu'on ne les observe souvent à la fin d'une grossesse simple chez une primipare.

Le décubitus dorsal et horizontal fut supporté jusqu'à la fin. La marche fut possible et relativement facile jusqu'au moment de la mort.

En résumé : grossesse paraissant être admirablement supportée.

La *durée* de cette grossesse ne différa pas sensiblement de la durée d'une grossesse simple normale. L'époque de la dernière apparition des règles, le volume des enfants démontrent en effet que la grossesse est allée à terme ou tout près du terme, fait qui n'est pas très commun.

J'arrive au diagnostic. Bien des auteurs et des plus récents disent que pour faire le diagnostic d'une grossesse triple, il faut d'abord penser à cette hypothèse. Cela serait bien si quelque chose de particulier, de spécial, pouvait faire naî-

tre cette idée. Malheureusement il n'en est rien le plus souvent, et les partisans de cette méthode, par trop subjective, nous en fournissent la preuve, en nous rapportant des observations de grossesse triple méconnue et en ajoutant : nous aurions fait le diagnostic si nous y avions pensé.

Je crois la méthode objective bien supérieure, mais à une condition, c'est qu'on la connaisse et surtout qu'on sache s'en servir.

Chez notre femme, rien n'avait éveillé chez les personnes déjà expérimentées qui l'avaient examinée avant moi, l'idée d'une grossesse triple. Moi-même, après avoir regardé cette femme, vu son ventre, je ne pensais nullement à cette hypothèse. Le volume du ventre était, il est vrai, considérable, mais il n'avait rien d'exagéré ; la tension des parois abdominale et utérine n'était pas plus grande que celle qu'on observe dans les grossesses doubles, ou même dans certaines grossesses simples, alors qu'il y a un *gros œuf*.

Ce qui a fait naître en moi l'idée d'une grossesse triple, c'est le *palper*, pratiqué méthodiquement. Après avoir trouvé l'excavation remplie par une tête, j'explorai le fond de l'utérus, et je trouvai assez facilement, successivement, trois pôles ou grosses extrémités à ce niveau qui me parurent distinctes au premier abord.

En bas, je trouvai bientôt un second pôle ; le troisième fut moins nettement perçu à mon premier examen que je ne voulus pas prolonger, cette femme ayant été examinée par plusieurs personnes avant mon arrivée.

C'est pour cette raison que je suspendis mon diagnostic jusqu'au lendemain, car je me demandais encore si l'une des grosses parties que j'avais perçue au fond de l'utérus n'était pas constituée par une tumeur fibreuse.

Un second examen leva tous mes doutes, et j'avoue qu'il fallut que mes sensations fussent bien nettes, que j'eusse perçu avec certitude les six pôles et les trois plans résistants, pour affirmer, devant tous mes élèves, l'existence d'une grossesse triple.

Ainsi, le palper seul me permit de reconnaître la présence de trois fœtus, et leur attitude. Je reconnus que deux têtes étaient en bas, l'une engagée, l'autre au niveau du grand bassin et un peu à droite, la troisième au fond de l'utérus. Cette attitude des fœtus persista jusqu'au moment du travail. Je la retrouvai tous les jours. La superposition des fœtus qui existerait si souvent d'après certains accoucheurs, dans les grossesses doubles, mais que je n'ai jamais rencontrée, a également fait défaut dans ce cas.

Je ne fus pas le seul à faire ce diagnostic. Je priai mon collègue Ribemont Dessaignes de venir examiner cette femme, sans lui dire de quoi il s'agissait, et, lui aussi, après avoir simplement pratiqué le palper, fit le diagnostic de grossesse triple.

J'ajouterai que plus de vingt personnes firent ensuite ce diagnostic.

L'*auscultation* fit constater la présence d'un foyer à gauche et en bas bien isolé, mais permit d'entendre des pulsations fœtales dans toute la moitié supérieure droite de l'utérus, sans qu'il fût possible de délimiter deux autres foyers. Un foyer qu'on avait cru isolé la veille à ce niveau s'était déplacé le lendemain. Seul le foyer de gauche, appartenant au fœtus dont la tête était engagée, resta permanent. Les deux autres situés à droite un peu au-dessus de l'ombilic ne purent être assez dissociés, ni par la distance ni par la différence du nombre des pulsations, pour qu'on pût affirmer deux autres foyers distincts.

Le *toucher* ne faisait pas constater autre chose de spécial qu'une déhiscence du col assez prononcée. Bien qu'il y eût trois poches distinctes, on ne trouva à aucun moment de poche bi ou tri-lobée.

En résumé, dans ce cas, comme dans celui que j'ai observé et diagnostiqué en 1876 à la Clinique d'accouchements, c'est le palper qui me permit de constater et d'affirmer la présence de trois fœtus dans l'utérus.

J'arrive maintenant au drame qui termina la scène.

En présence de cette mort subite, on peut se demander et je me suis demandé si je n'aurais pas dû intervenir et faire accoucher cette femme avant terme : j'avoue que je ne me sens pas coupable.

Rien ne faisait prévoir une semblable terminaison. L'examen du cœur pratiqué à maintes reprises par mon interne M. Mantel, par les Drs Boissard, Varnier, Potocki, Lepage, par moi-même, n'avait jamais rien révélé d'anormal. L'auscultation de la poitrine n'a jamais fait entendre ni râle, ni souffle ; la tension de la paroi utérine n'a jamais été très marquée : la circonférence abdominale maxima, prise quotidiennement ne montrait en aucune façon un développement rapide et exagéré ; seule, une gêne passagère de la respiration se montrait de temps à autre. Je ne crus pas trouver là une indication suffisante pour provoquer le travail.

Quant à la cause de la mort de cette femme, je ne puis l'attribuer qu'à l'arrêt du cœur. Cette femme a dû avoir le *cœur forcé.* Il est probable que dès le début du travail, sous l'influence des contractions utérines, la tension devint considérable dans le système circulatoire et que le cœur déjà fatigué fut rapidement forcé. Je donne cette explication pour ce qu'elle vaut. Mais je ne vois pas pour ma part d'autre cause, car sauf le volume énorme du foie qui pesait 3220 grammes, et la dilatation et la minceur des parois du ventricule droit, l'autopsie ne révéla rien autre chose.

L'examen histologique du foie et du cœur ne permet guère de faire d'autres suppositions.

Il est un autre point de cette observation que je désire mettre en lumière ; je veux parler de l'accouchement.

On ne saurait trop louer, je pense, la décision rapide prise par Mlle Carrier, en face d'une situation si angoissante ; mais ce qu'il faut remarquer également, c'est la facilité avec laquelle elle put faire pénétrer la main à travers un orifice incomplètement dilaté quelques instants avant, et repousser la tête primitivement engagée pour aller chercher un pied.

Ce fait prouve une fois de plus combien il est facile d'in-

troduire la main dans l'utérus pendant la période agonique ou immédiatement après la mort, et justifie les efforts faits par mon ami le Dr Thévenot pour vulgariser en France la méthode de Rizzoli.

Pour terminer, je ferai remarquer combien le poids total des enfants était considérable :

Le premier pesait....................	2150
Le deuxième —	2720
Le troisième —	2950
Total......	7820

Ces trois enfants, très bien conformés, très vivaces, sont à l'heure actuelle très bien portants.

NÉCROLOGIE

Léon DUMAS

Le 21 décembre dernier la Faculté de Montpellier perdait un de ses membres les plus jeunes, les plus actifs et les plus instruits : le Professeur Léon Dumas.

A peine âgé de 39 ans, il succombait à une maladie dont il avait ressenti les premières atteintes six mois avant, et sur la nature et la gravité de laquelle il ne s'était fait, dès le début, aucune illusion.

Après avoir fait au lycée de Montpellier de solides études, il s'inscrivait à la Faculté de Médecine, où son père professait l'obstétrique, et ne tardait pas à être nommé interne des hôpitaux.

L'exemple de son père devait l'entraîner à étudier spécialement les Accouchements.

Aussi prit-il pour sujet de sa thèse inaugurale, soutenue

en 1873, la question si intéressante de l'*Hygiène des Maternités.*

Nommé au concours Chef de clinique obstétricale (1877-79), il publie chaque année le *Compte rendu de la clinique obstétricale de Montpellier*, un Recueil d'*Observations et de recherches cliniques relatives à l'influence de la tension artérielle puerpérale sur la marche des maladies et à l'état de la circulation pendant les suites de couches* (1878) et des mémoires sur un *Cliséomètre mixte applicable au détroit supérieur chez la femme vivante* (1879), sur un *Cas remarquable de lésions cardiaques*, et sur un cas de *Bassin vicié par suite de l'amputation du fémur dans le jeune âge.*

Frappé des faibles ressources de la Clinique, il commence en 1879, dans un *Mémoire relatif* à un projet de *Policlinique obstétricale*, une campagne qu'il ne devait plus cesser de poursuivre pour étendre le champ de ses observations, et rendre possible aux étudiants l'étude pratique d'une science dont il avait su apprécier les difficultés.

Un concours pour l'agrégation allait s'ouvrir en 1880. Dumas n'hésita pas à venir à Paris plusieurs mois à l'avance afin d'achever de se préparer à la lutte.

Ses efforts ne furent pas stériles, et sa thèse sur l'*Albuminurie chez la femme enceinte* assura sa nomination.

Rentré à Montpellier, il se livra tout entier à l'enseignement, et de 1880 à 1885 il ne laissa guère s'écouler de jour où il ne professât, soit pour remplir ses devoirs d'Agrégé, soit comme suppléant bénévole de son père dont l'âge éteignait l'activité. Ce labeur considérable ne l'empêchait pas de donner des travaux intéressants sur le *Nouveau-né* (1883), sur la *Dilatation præ-fœtale de la vulve* (1883), sur un cas d'*Opération césarienne*, de Porro (1884), ni de se mettre sans bruit, car sa modestie était grande, en état de lire les travaux étrangers.

Sa *Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse*, traduit de l'italien ; son *Résumé critique* du mémoire de Léopold sur le bassin *scoliotique* et *cypho-scoliotique rachitique* publiés en 1881, en fournissent la preuve.

La retraite de son père en 1885 fut l'occasion de la transformation de la chaire Théorique d'accouchements en chaire de Clinique d'obstétrique et de gynécologie. Léon Dumas fut désigné pour occuper la nouvelle chaire qu'il s'empressa d'organiser au mieux des intérêts de la Faculté.

L'année suivante il était nommé chirurgien en chef de la Maternité.

Il était arrivé au comble de ses vœux.

Délivré de tout souci, il se livre avec ardeur au travail et publie ses *Nouvelles considérations sur la dilatation præfœtale de la vulve* (1885), des leçons cliniques sur la *Version en général* et *particulièrement la version par manœuvres externes* (1886), des mémoires, sur l'*Œdème du nouveau-né*, sur la *Phlegmatia alba dolens*, etc., etc.

Ses forces hélas, devaient bientôt le trahir sans lui laisser le temps de donner toute sa mesure.

Les travaux sortis de ses mains, au milieu de difficultés matérielles de toutes sortes, sont le gage de ce que réservait à la science cet observateur sagace doublé d'un opérateur habile et plein de sang-froid.

Quelques jours avant sa mort il nous entretenait, de sa voix défaillante, des projets caressés par son esprit toujours en éveil.

Combien de points de doctrine qu'il rêvait de discuter, que de recherches expérimentales, que d'études cliniques qu'il eût conduites avec son esprit original et menées à bien avec son grand bons sens !

Sous des dehors sévères et quelque peu froids d'abord, Dumas cachait une imagination extraordinairement vive et d'une fantaisie étonnante. Sa gaieté, sa bonne humeur étaient inépuisables.

Merveilleusement doué, artiste jusqu'au bout des ongles, il trouvait dans la poésie, dans la musique un délassement à ses travaux scientifiques.

A tous ces dons de l'esprit se joignaient, plus précieuses encore, les qualités de son cœur.

Dumas était bon; son amitié qu'il n'accordait pas d'emblée, était sûre et sans réserves.

Son aménité, sa droiture lui avaient fait des amis de tous ses collègues et de tous ses élèves.

Sa mort qui est une perte pour la science Obstétricale Française a frappé d'un coup douloureux le cœur de tous ceux qui l'ont connu.

Nous qui avons eu le bonheur d'être son ami, nous garderons toujours de Léon Dumas un souvenir à la fois douloureux et doux.

A. Ribemont-Dessaignes.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Verneuil. — **De l'amputation partielle du col dans le traitement du cancer de l'utérus.** L'importante communication de l'éminent chirurgien est un nouveau plaidoyer en faveur de l'*hystérectomie partielle*. Il rappelle les résultats que lui a fournis cette opération et qu'il a communiqués à ses collègues en 1884, et il y ajoute ceux obtenus depuis dans cinq nouveaux cas, en tout : 22 hystérectomies partielles pour cancer de l'utérus.

Or, en tenant compte du nombre des mois écoulés depuis l'opération jusqu'à l'époque : *a*) de la mort ; *b*) de la perte de vue ; *c*) ou du moment où il a fait des communications, il a trouvé comme *moyenne* de survie, pour les femmes (17) de la 1re série, 23 mois ; pour celles (5) de la 2e série 29 mois. D'autre part, ces chiffres sont plutôt défavorables, puisque, parmi les femmes perdues de vue, plusieurs peuvent avoir vu leur guérison se prolonger, et que, parmi celles qui survivent au moment même où la communication est faite, telle ou telle peut vivre encore de longs mois. La différence que présentent les deux chiffres de la survie moyenne s'explique par le nombre plus considérable d'opérations incomplètes dans la 1re série.

Sur la question si importante de la récidive, Verneuil a consigné les observations suivantes :

RÉCIDIVES LOCALES, 9.

Huit précoces, qui n'ont été que la continuation du mal après une trêve généralement courte, *une tardive*, car la malade est encore en vie, 39 mois après l'opération.

Six fois, au moins, il a été reconnu, immédiatement après l'opération et à l'examen des pièces, que l'ablation n'avait pas été complète. Dans 12 autres faits, le foyer opératoire est resté indemne de toute répullulation.

RÉCIDIVES A DISTANCE, 4, toutes les 4 tardives, n'ayant paru qu'après 6 ans, 3 ans (2 fois), et 15 mois, sans entraîner, d'ailleurs, trop rapidement la mort, puisqu'une opérée a vécu encore 4 mois, une autre toute une année, et que les 2 dernières ne paraissent pas menacées d'une mort très prochaine.

RÉCIDIVE LOCALE ET A DISTANCE, 1.

Il est à noter que 5 des opérées ont été perdues de vue, que 3 sont depuis trop peu de temps encore en observation, et qu'en conséquence, on ne peut, à leur égard, formuler rien de précis quant à la récidive.

Il ressort évidemment, de l'examen des faits, que l'évolution ultérieure, post-opératoire du cancer, varie suivant qu'on a ou non totalement enlevé le tissu primitivement atteint; les 6 fois dans lesquelles il a été constaté, immédiatement après l'opération, que l'exérèse n'avait pas été complète, la maladie a simplement *continué* après un arrêt plus ou moins long. Toutefois, le fait que dans 12 cas, la récidive locale faisait encore défaut après plusieurs années, prouve qu'*il est moins difficile qu'on ne le pense d'enlever par l'hystérectomie partielle toute la partie malade de la matrice ;* point n'est besoin pour cela d'extirper toujours l'organe en son entier.

Mais ce dont témoigne l'analyse des observations, c'est que l'opération *irréprochable* du néoplasme utérin, si elle prévient la récidive locale, n'empêche pas, en particulier dans les ganglions pelviens, la repullulation à distance, laquelle est aussi grave que si l'épithélioma avait reparu dans le moignon.

La cause anatomique de l'insuccès réside moins dans l'utérus lui-même que dans ses dépendances lymphatiques, ce qui fait qu'au cas où ces dernières sont envahies, l'hystérectomie totale n'est pas plus efficace que l'hystérectomie partielle et reste seulement beaucoup plus laborieuse et infiniment plus grave.

Relativement aux dangers qu'on pourrait imputer à l'exécution même de l'opération, l'auteur n'a, sur les 22 cas, eu à regretter qu'une mort et 3 métro-péritonites, encore que la plupart de ces accidents se sont produits à une époque où les pansements antiseptiques étaient ignorés, et que, dans un cas, l'opérée, malgré les recommandations faites, s'était levée dès le 6e jour, avait quitté la salle où elle était couchée, et s'était exposée au froid.

En opposition avec ces faits, tirés de sa pratique personnelle, Verneuil place quatre cas d'**hystérectomie vaginale complète**, dont trois pratiquées dans son service par MM. Bouilly et Richelot, auxquels il servit d'aide. Sur les 3 cas, 2 étaient anatomiquement aussi favorables que possible : lésion bien limitée, vagin suffisamment ample, utérus bien mobile ; le 1er cas, moins bon : les culs-de-sac ne semblaient pas envahis, mais le col était volumineux et la matrice ne s'abaissait pas facilement ; toutefois l'exécution fut satisfaisante. Pas d'accident opératoire immédiat ; mais chez la 2e opérée, hémorrhagie secondaire *mortelle* le 3e jour ; chez la 1re, récidive nette bien avant la cicatrisation de la plaie opératoire ; chez la 3e, malgré les conditions les plus favorables, la récidive se produisit aussi au bout de quelques mois.

Conclusions. — L'hystérectomie partielle ou amputation du col, faite avec l'écraseur linéaire, et par le procédé des hémi-sections, est une opération recommandée à divers titres.

Elle s'applique à différentes affections du segment inférieur de la matrice : hypertrophies simples, allongements hypertrophiques, indurations inflammatoires avec hémorrhagies répétées ; néoplasmes variés, épithéliomas, papillomes, adénomes, sarcomes.

Sa *simplicité*, en facilite l'exécution, la rend accessible au plus grand nombre des praticiens.

Sa *bénignité*, rendue grande déjà par l'emploi des procédés non sanglants, est devenue à peu près absolue par l'adjonction des mesures antiseptiques.

Grâce à ces deux attributs, elle est presque toujours suivie de succès opératoire.

Pour juger son *efficacité*, il faut tenir compte de la nature de l'affection, de l'étendue des lésions, et enfin du but qu'on se propose en la pratiquant.

En cas d'hyperplasie histologiquement bénigne : hypertrophie simple, indurations inflammatoires chroniques, etc., le succès opératoire entraîne le succès thérapeutique.

En cas de néoplasie plus ou moins maligne (épithéliome, carcinomes et variétés), la cure radicale est encore possible, mais à la condition expresse que l'extirpation soit complète et qu'il ne reste aucune parcelle de tissu morbide, ni dans la partie conservée de l'utérus, ni dans les organes voisins, ni surtout dans les vaisseaux et ganglions lymphatiques.

En cas de néoplasie maligne et d'extirpation incomplète, l'efficacité n'est plus que relative, l'opération devient simplement palliative ; mais cette dernière, même dans des conditions défavorables qui la frappent de stérilité dans l'avenir, n'en est pas moins, dans le présent et pour un temps plus ou moins long d'une incontestable utilité, puisqu'elle atténue les accidents et prolonge la vie.

La présente note est écrite pour défendre l'hystérectomie partielle, plutôt que pour attaquer l'hystérectomie totale (1). Cette communication a été le point de départ d'une importante discussion dans laquelle l'hystérectomie totale a trouvé aussi d'éminents et zélés défenseurs. (*Bull. et mém. de la Soc. de Chirurg.*, t. XIV, 1888, p. 717.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 13 *décembre* 1888.

Élections. — Sont nommés : président pour l'année 1889, M. POLAILLON ; 2 vice-présidents, M. DUMONTPALLIER et M. BAILLY ; trésorier, M. PORACK ; secrétaire annuel-adjoint, M. GRESLOU. Restent : secrétaire général, M. CHARPENTIER ; 1er secrétaire annuel, M. REY ; archiviste, M. VERRIER.

DOLÉRIS termine sa réponse à M. Pajot.

LE PILEUR, lit un mémoire important et très documenté, touchant l'**influence de la syphilis sur la mortalité infantile**. Ce mémoire repose sur une observation clinique prolongée, sur une analyse minutieuse de faits nombreux et soigneusement groupés, de façon à ne pas s'exposer à rapporter à la syphilis des phénomènes imputables à d'autres circonstances pathogéniques, telles que : alcoolisme, surmenage, misère physiologique, etc., etc. Il ressort de l'exposé de ces faits que les auteurs, loin d'avoir exagéré l'influence néfaste

---

(1) Au cours de son mémoire, le Prof. Verneuil a signalé aussi 4 cas d'*amputation du col pour affections non cancéreuses*. Deux fois, il s'agissait d'allongements hypertrophiques bénins de la lèvre antérieure ; dans les 2 autres d'indurations chroniques simulant à s'y méprendre l'épithélioma.

de la maladie syphilitique sur la mortalité infantile, l'ont au contraire présentée dans un jour plutôt trop favorable.

Loviot fait une nouvelle communication sur la **réduction manuelle des positions postérieures du sommet.** Il fait entre temps allusion à une observation dans laquelle M. Tarnier aurait échoué, dans la tentative de réduction manuelle, pour laquelle il aurait essayé de la méthode de Loviot. Or, celui-ci pense que son procédé n'a pas été appliqué, absolument, suivant la technique qu'il a indiquée. Il attribue l'échec à ce que l'opérateur a retiré trop tôt la main introduite dans le vagin et appliquée en arrière du pariétal postérieur. La condition essentielle de succès, c'est de ne pas retirer la main aussitôt que la tête a quitté le sacrum ou la région sacro-iliaque, qu'elle est devenue transversale, parce que, même à ce moment, le chemin gagné peut être reperdu. Il est facile de s'en convaincre si l'on réintroduit la main à plusieurs reprises. Pour réussir, il faut maintenir la main appliquée contre le pariétal postérieur, empêcher par une pression continue la tête de revenir en arrière, favoriser ainsi son mouvement en avant au moment de la contraction utérine, et ne retirer la main que lorsque l'occiput regarde franchement en avant.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 22 juin.

Présentations : Löhlein. **Cancer du corps de l'utérus coexistant avec un fibro-myome interstitiel.** — La pièce pathologique provient d'une femme qui, environ six mois auparavant et 8 années après la cessation des règles, présenta un écoulement vaginal, purulent et sanguino-purulent. Mais le phénomène le plus pénible consistait en *accès douloureux, survenant chaque jour avec une grande régularité.* Ils commençaient vers 10 heures du matin, atteignaient leur acmé à midi, et, le plus souvent, cessaient vers les 4 heures de l'après-midi. On sait que Simpson a signalé ces crises douloureuses périodiques, comme étant liées au cancer du corps de l'utérus.

En conséquence, l'extirpation vaginale qui, en raison de l'étroitesse et de la rigidité du vagin, présenta des difficultés d'exécution exceptionnelles, fut pratiquée. On voit sur la pièce que la dégénérescence cancéreuse de la muqueuse s'était propagée jusqu'au

voisinage immédiat de l'orifice interne. Le nodule fibreux, situé à droite près de la tunique péritonéale, a la grosseur d'une noix et n'est pas atteint par le processus cancéreux.

EHLERS. **De la cautérisation au chlorure de zinc contre le cancer de la portion vaginale et du vagin.** — Il y a quelque temps déjà, Ely van de Warker (1) conseilla les cautérisations au chlorure de zinc contre les cancers superficiels, et attribua à cet agent thérapeutique une action spécifique. Löhlein a mis le procédé à l'épreuve, et remit à l'auteur, pour les soumettre à un examen microscopique minutieux, les fragments de tissu obtenus. On ne trouve dans la littérature médicale aucune donnée qui milite en faveur d'une action spécifique, et, à la vérité, les effets de ces cautérisations doivent être plutôt rapportées aux propriétés essentiellement hydrophiles du chlorure de zinc. Mais son application présente des inconvénients divers : incertitude du dosage, difficulté de circonscrire exactement l'action du topique sur les points intéressés. L'auteur a soigneusement examiné 4 cas : or, dans l'observation III seulement le résultat a paru, momentanément, heureux ; dans les cas I et IV ce sont des portions de tissu *saines* qui ont fait, exclusivement, les frais de la cautérisation ; enfin, dans l'observation II, la cautérisation s'est montrée absolument insuffisante. Et, par-dessus tout, on n'a constaté aucune action spécifique.

Discussion : Elle a également porté sur le travail communiqué par Bröse dans la séance précédente : de la cautérisation intra-utérine avec le chlorure de zinc. Ont pris part à la discussion : OLSHAUSEN, COHN, LÖHLEIN, VOWINCKEL, ODEBRECHT, VEIT, MARTIN, BRÖSE. Ce dernier, dans sa réponse collective, dit qu'on n'est en droit d'établir aucun parallèle entre son mode d'application du chlorure de zinc et les méthodes indiquées par Veit et Martin. Il n'a jamais constaté, consécutivement aux applications qu'il a faites, l'expulsion de fragments volumineux de tissu utérin, au contraire rien que des débris peu volumineux, constitués la plupart par des caillots muqueux comme on en voit s'écouler après des injections iodées. Mais il pense qu'*il n'existe pas, à l'heure actuelle, un moyen meilleur de guérir le catarrhe chronique de la matrice*, et il continuera à y recourir, même

(1) Vid. in *Ann. de gyn. et d'obst.*, septembre 1888, p. [illegible], la traduction que nous avons publiée de ce travail de V. de WARKER.

quand il devrait s'exposer aux risques de produire une sténose. Car, consécutivement à l'excision cunéiforme de la muqueuse cervicale, que les gynécologistes pratiquent lorsqu'ils n'ont pu, d'une autre sorte, guérir le catarrhe utérin, il a vu ces sténoses survenir. (*Cent. f. Gynäk.* 1888, n° 30).

SOCIÉTÉ ANGLAISE DE GYNÉCOLOGIE

Séance du 14 *novembre* 1888.

Présentations : F. BARNES.. **Tumeur fibreuse ayant subi des transformations calcaires.** — Tumeur fibreuse, dure, en partie calcifiée, qui a été enlevée sur une femme de 23 ans. Elle paraisssait s'être développée aux dépens de l'épiploon, et n'avait aucune connexion avec l'utérus ou les autres organes pelviens. On pouvait apercevoir et sentir, à travers l'épiploon, la présence au fond du bassin d'une masse calcaire. EDIS n'a jamais rencontré de cas semblable. Le bassin représentait en vérité une carrière à plâtre. La masse calcaire avait la consistance et la dureté d'une stalactite, et paraissait avoir envahi, non seulement le bassin, mais aussi la partie inférieure de l'abdomen. BANTOCK. Il est probable qu'il s'agissait d'un fibroïde de l'utérus qui, consécutivement à la torsion du pédicule, sera devenu libre dans la cavité abdominale, après avoir contracté des adhérences avec l'intestin. DICKINSON, qui a fait l'examen microscopique de la tumeur, a constaté qu'elle était composée de tissu fibreux et de cellules fusiformes, celles-ci en petit nombre et imparfaitement développées. BARNES insiste sur l'importance qu'il y a à soumettre dorénavant à la société toutes les observations analogues.

G. BANTOCK. — a) **Annexes de l'utérus**, provenant d'une femme mariée, âgée de 33 ans, qui avait eu un enfant, dix années auparavant. Santé compromise, albuminurie. Opération, qui permet d'enlever des trompes atteintes de salpingite suppurée. *Guérison.*

b) **Tumeur de l'ovaire avec torsion du pédicule.** — La tumeur était entièrement enveloppée par l'épiploon, et pleine de caillots sanguins durs. La femme mourut le 7e jour, en conséquence d'une rétention urinaire aiguë. La nécropsie révéla une altération profonde des reins et une dégénérescence très accusée du foie et du cœur. BARNES. On a prétendu qu'une opération pratiquée sur un sujet

albuminurique était fort dangereuse. Cependant, en certains cas, l'albuminurie elle-même n'est que sous la dépendance de l'affection primitive; celle-ci supprimée, l'albuminurie cesse.

FENTON. — **Un siphon pour les lavages de la cavité péritonéale.**

PURCELL. — **Un sarcome de la mamelle.** enlevée sur une femme de 43 ans. *Guérison.*

Discussion : D. SPANTON, H. SMITH, ROUTH, RUTHERFOORD, B. FENWICK, etc. (*Brit. med. J.*, décembre 1888, p. 1222).

Dr R. LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 2 octobre 1888.

PRÉSIDENCE DE HANKS

Impressions maternelles. — GRANDIN raconte le cas d'une bohémienne primipare, qui a mis au monde un enfant qui vécut 17 heures, et dont un des pieds était tourné en dehors. Le cordon n'était pas plus gros qu'un crayon; il était sinueux, noueux, et ne mesurait pas plus de 25 cent. La mère, enceinte de 3 mois, avait vu une mendiante pieds nus qui présentait une anomalie semblable à celle de son enfant. Elle fit part de cette rencontre, avant d'avoir connaissance de la monstruosité de son enfant.

La question de l'influence des impressions subies par la mère sur la conformation du produit est encore fort discutée. Barker a rapporté plusieurs cas qui parlent en faveur de cette influence (1). Grandin n'avait vu, jusqu'ici, aucun cas favorable à l'opinion de Barker.

MURRAY cite l'opinion populaire sur les envies et les malformations. Il connait bon nombre de cas dans lesquels une impression ressentie par la mère semble avoir causé une difformité fœtale. Les monstruosités sont cependant le plus souvent la conséquence d'un arrêt de développement, comme dans le cas qu'il a rapporté dans une des précédentes réunions de la Société.

LE PRÉSIDENT n'a jamais constaté chez le fœtus la difformité

(1) Voir l'opinion de F. Barker et les expériences de Darwin, in *An. de gyn.*, 1886, II, p. 394, et *Histoire des monstres* par G. Martin p. 266 et suiv. (A. C.)

que la mère attendait. Il n'a pas eu de cas de difformité fœtale survenue après une secousse morale éprouvée par la mère. Ce fait, quoique possible, est improbable.

Mc LEAN fait remarquer que, pour avoir une action sur le développement fœtal, l'impression maternelle devrait se produire au début de la grossesse et non entre le 4e et le 8e mois, ou dans la dernière quinzaine.

C. C. LEE. — **Double kyste ovarique** (présenté par le président). Le kyste droit contenait de 13 à 14 livres, et le gauche de 16 à 20 onces d'un liquide purulent. L'opération à été faite par Sp. Wells, c'est sa 1200e. Sp. Wells prend des précautions spéciales pour éviter l'entrée du liquide dans l'abdomen et l'issue des intestins. Il n'a pas compris le fascia dans sa suture.

La tumeur est un papillome confiné à l'intérieur du kyste. Les sutures ont été enlevées il y a 2 jours.

LEE MORRILL. — **Laparotomie et expectation dans l'hématocèle** : Après un arrêt des règles depuis 2 mois, Mme G. fut prise de symptômes graves et soudains : pouls à 180, faible, peau froide et visqueuse. T. 35°,68. Quoique perdant peu de sang, elle semblait exsangue.

Le doigt rencontrait derrière l'utérus une grosse tumeur mollasse ; le col était repoussé en avant, l'utérus rétrofléchi.

Au bout de 3 jours, Mme G. rendit un corps qui semblait être une caduque âgée de 2 mois ; elle ne put être examinée parce que la garde la jeta.

L'auteur croit à une grossesse extra-utérine, dont le sac se serait rompu, et aurait produit une hémorrhagie intra-utérine.

La malade s'étant remise sans autre accident, Morrill se demande si, dans les cas d'hémorrhagie pelvienne, il faut toujours faire la gastrotomie, comme l'a indiqué Tait.

Ces hémorrhagies tuent rarement ; le sang se coagule et s'oppose à l'épanchement d'une nouvelle quantité de sang. Le danger gît plutôt dans le choc, la suppuration et la péritonite. Il est, en pratique, impossible de distinguer l'hématocèle causée par la rupture d'un kyste fœtal extra-utérin, de celle qui reconnaît une autre cause. Morrill pose donc les questions suivantes :

1° Était-ce un cas de grossesse extra-utérine ? Si oui, sur quels symptômes se fonde le diagnostic ?

2° Lorsque nous avons un doute sur l'origine d'une effusion

sanguine de ce genre, devons-nous faire la gastrotomie pendant le choc, ou attendre ?

Mac Lean n'a vu que peu de cas de cette espèce, il a temporisé ; toutes ses malades ont guéri.

W. G. Wylie. — Si nous arrivons pendant que la tumeur se forme, avant le choc, la laparotomie est indiquée. Le médecin doit être guidé, non par des règles générales, mais par les indications du cas. La malade court un très grand danger si elle a, en plus, une maladie des trompes ou des ovaires, car la tumeur a été en contact avec du pus ; la temporisation serait une grosse imprudence.

J. Byrne. — Si le sang s'est répandu dans le péritoine, peu importe d'où il vient, il faut laparotomiser. Il y a néanmoins des hématocèles, fréquentes surtout chez les pluripares, qui ne viennent ni d'une grossesse ectopique, ni d'une maladie ovarique et qui ne justifieraient point la gastrotomie.

Le diagnostic de l'hématocèle sous péritonéale d'avec l'épanchement sanguin dans la cavité abdominale n'est pas difficile.

Lorsque l'épanchement, au bout de quelque temps, ne se résorbe pas, et s'amollit, il faut évacuer avec les précautions antiseptiques.

Lee a changé d'avis, il ne craint pas de l'avouer, depuis sa publication d'un mémoire sur ce sujet, et il affirme que lorsque nous voyons du sang s'épancher dans le péritoine, il faut ouvrir l'abdomen. Tait a raison. Cette opération ne peut être faite que par un *expert*.

Si l'on sent la tumeur se former, l'expectation est préférable.

L'hématome est rare dans l'avortement.

Coe s'élève contre la tendance actuelle qu'on a d'attribuer la plupart des hémorrhagies internes à la rupture d'un sac extra-utérin. Elles sont souvent de simples hématocèles. Une grande quantité de sang peut, sans danger, s'épancher et demeurer dans l'abdomen, pourvu que l'abdomen soit aseptique, et il l'est, s'il n'a pas été ouvert.

Il n'est pas certain que toutes les femmes opérées dans les conditions dont il est question n'eussent pas pu être sauvés sans être laparotomisées.

Coe, répondant à Wylie, reconnait ne pas avoir vu beaucoup d'autopsies, dans lesquelles l'épanchement n'était pas intra-péritonéal.

Wylie croit donc que la plupart des épanchements sanguins sont intra-péritonéaux.

Byrne sait bien que Bernutz, cité par Coe, et un grand nombre d'auteurs français, ont soutenu que presque toutes ces effusions se font dans le péritoine, mais leur opinion est fondée sur des autopsies, et l'amphithéâtre n'est pas le lieu où l'on voit l'hématocèle *sous*-péritonéale.

Bon nombre de pelvi-cellulites et d'abcès pelviens qu'on voit en consultation, sont la suite d'une hémorrhagie.

Byrne cite les expériences qu'il a publiées en 1862, sur l'hématocèle pelvienne. Il a fait des injections d'eau dans le tissu cellulaire; le liquide séparait aisément les feuillets du péritoine, pénétrait aisément dans la fosse iliaque, remplissait toute la cloison recto-vaginale, et remontait du côté opposé jusqu'au niveau du détroit supérieur. A ce moment l'examen vaginal faisait reconnaître l'existence d'une tumeur centrale, rétro-utérine.

Il a vu un cas d'hémorrhagie abondante dans le tissu cellulaire pelvien s'étendant jusqu'à la crête iliaque et sur le côté, presque jusqu'au niveau de l'ombilic. Byrne fit la ponction derrière l'utérus et en retira une grande quantité de sang fétide. Si l'évacuation n'avait pas été faite, il est fort probable que la collection sanguine aurait crevé et qu'on aurait, à l'autopsie, trouvé une hématocèle intra-péritonéale.

Enfin Byrne répète ce qu'il écrivait en 1862 : les veines utéro-ovariques minces, dépourvues de valvules (Kölliker) ne reviennent pas complètement sur elles-mêmes après l'accouchement, elles restent dilatées; c'est cette condition qui est 80 fois sur 100 la cause des hémorrhagies sous-péritonéales.

Hanks. — Si la malade s'affaiblit rapidement, il faut ouvrir l'abdomen, pour lier les vaisseaux rompus. Il ne faut pas laisser séjourner des caillots sanguins dans le péritoine; car, si la malade n'en meurt pas, elle ne se remettra pas complètement.

Dudley. — Tait a fait 30 fois la laparotomie pour des grossesses extra-utérines; souvent il n'a pas trouvé d'embryon.

Les phlébolithes peuvent ulcérer les veines (Winckel). Si la veine se rompt du côté du ligament large, l'hémorrhagie est intra-péritonéale; si elle se rompt de l'autre côté; elle est extra-péritonéale.

Nilsen. **Laparotomie exploratrice, carcinome et fibrome.** — Nilsen a laissé un drain à demeure.

L'opérée est mieux, mais que peut-on lui faire ?

WYLIE a pu, avec les précautions nécessaires, laisser des drains en verre pendant 4 semaines dans l'abdomen.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

Séance du 8 juin 1888.

PRÉSIDENCE DE DA COSTA

C. B. PENROSE. **Deux cas de grossesse extra-utérine, laparotomie, guérison.**

La première malade a eu du lait dans les seins, 3 mois après l'opération.

La seconde, comme la première, avait eu 4 enfants ; les symptômes, dans les deux cas, ont été des hémorrhagies et des douleurs dans le flanc gauche.

Discussion : M. O'HARA, GOODEL.

W. L. TAYLOR. **Procidence utérine, épithélioma du col et du vagin.** — Mort au bout de 3 jours.

JOSEPH HOFFMAN. **Typhlite suivie d'un abcès pérityphlique.** — Ablation de l'appendice, guérison.

L'incision a été faite sur la ligne médiane.

GOODELL a souvent enlevé l'appendice vermiculaire, il croit que ce diverticulum n'a pas d'usage.

J. PRICE, qui a vu le cas avec Hoffman, dit que, il y a quelques années, on n'osait pas toucher à l'appendice.

La pérityphlite récidive parfois.

KELLY dit que la pérityphlite est beaucoup plus commune chez l'homme que chez la femme.

M. O' HARA a perdu un de ses enfants d'une péritonite septique, causée par une rechute de typhlite.

M. PRICE. — Le péritoine peut, comme les autres organes, tolérer une grande quantité de pus.

HOFFMAN insiste sur la difficulté du diagnostic.

G. H. SHOCMAKER croit avoir vu un cas terminé par résolution.

GOODELL présente des **trompes** et des **ovaires blennorrhagiques.** La malade a guéri.

Une **tumeur ovarique solide probablement maligne.**

La malade, âgée de 16 ans est guérie.

Un **fibrome utérin pesant 18 livres.** Ascite considérable.

Pemrose présente les pièces d'un cas traité en 1884 pour une pelvicellulite chronique. La femme avait un pyo-salpinx. L'ovaire gauche contenait 4 gr. de pus (1).

Séance du 6 septembre 1881.

PRÉSIDENCE DE DA COSTA

Goodell. **Une année d'oophorectomie.** — 19 opérations, 1 mort, causée par urémie et coma. Goodell a fait 10 oophorectomies, dans es années précédentes, sans une mort.

Fibrome................	5	guérisons.	1	amélioration.
Ménorrhagie, ovaralgie........	2	—	1	—
Ovaralgie....................	3	—	1	—
Épilepsie....................	1	—	1	—
Hystéro-névrose..............	1	—		—
Folie......................	2	sans résultat		
Pseudo-hypertrophie musculaire	2	sans résultat		

L'ablation des ovaires dans les fibromes utérins amène presque toujours la cessation des règles et la diminution de la tumeur.

Dans un cas de ménorrhagie avec ovaralgie, l'échec est dû à l'impossibilité d'enlever les deux ovaires.

L'insuccès dans un des cas d'ovaralgie, tient à la persistance de la menstruation. Les ovaires ont cependant été enlevés totalement. Ce fait est très rare.

Dans le cas d'épilepsie, les accès deviennent moins fréquents. L'enlèvement des ovaires, d'après l'expérience étendue de Goodell, produit presque toujours la guérison, chez les femmes qui n'ont des accès de folie que pendant leurs règles. Si la folie dure dans l'intervalle et s'exagère pendant les époques, on ne peut compter que

(1) J'ai traduit une *drachme* par 4 gr. chiffre un peu fort. Il n'est du reste pas possible de donner des équivalents exacts des poids anglais, les Anglais eux-mêmes discutent si leur livre a 437 grains ou 480 (V. *Brit. med. J.*, 1888, II, p. 1075 et suiv. Les uns se servent de la livre *Troy*, les autres de la livre *avoir du poids*. (A. C.)

sur une amélioration. En tout cas, l'amélioration ne se manifeste guère avant 2 ans.

Dans ses opérations, Goodell n'a pas employé le *spray*, mais il a fait de l'antisepsie minutieuse. Il a lié le pédicule et fait les sutures avec de la soie, et le pansement avec de la gaze imbibée de glycérolé phéniqué. Il n'a placé un drain qu'une fois, dans le cas terminé par la mort; mais le drain n'a rien à faire avec l'issue fatale.

H. A. KELLY a été consulté pour un cas de *convulsion de Salaam*. Il a refusé d'opérer. Deux ans plus tard, l'oophorectomie a guéri la malade.

M. PRICE demande à Goodell s'il a observé un ralentissement du pouls, au moment de la ligature du pédicule. Un opérateur a noté la chute du pouls de 30 à 35 pulsations au moment où il liait le nerf ovarique.

GOODELL n'a observé que le collapsus, lorsqu'il comprimait l'ovaire.

J. PRICE attribue la persistance de la douleur après l'opération, à l'existence des adhérences. Il a opéré souvent dans des cas où la lésion ne consistait que dans des adhérences intestinales étendues; les résultats ont été très favorables.

Il n'opère pas pour les troubles nerveux; il préfère envoyer les malades à d'autres médecins.

M. PRICE a vu un cas où tout le mal venait d'adhérences intestinales. La malade n'a plus souffert depuis l'opération.

J. HOFFMAN a vu le pouls, qui était à 120, descendre à 58, peu d'heures après l'opération, quoique la température restât entre 38° et 39°.

GOODELL a vu la température descendre à 36°,11, et au-dessous.

Les maladies des ovaires donnent lieu parfois à des symptômes qui peuvent faire croire à un anévrysme.

En l'absence de lésions positives, il opère volontiers dans les cas d'épilepsie et de folie; car la malade ne doit pas devenir mère. Il croit que le mariage devrait être défendu, par la loi, aux fous et aux épileptiques des deux sexes. Il croit même que le temps viendra où l'on châtrera ces deux sortes de malades.

KELLY rapporte l'opinion de Kerlin, qui croit que, si l'on opérait les idiots incurables dans leur jeunesse, les symptômes accen-

tués ne se développeraient pas, et on pourrait mieux les traiter.

J. M. Baldy a vu un cas d'épilepsie amélioré par l'oophorectomie.

J. Price a eu un succès dans un cas d'épilepsie menstruelle. La malade, néanmoins, au bout de 10 mois a dû rentrer dans un hôpital, où on l'a de nouveau gastrotomisée.

W. S. Steward a vu une malade affectée d'hémato-salpinx qui souffrait d'attaques épileptiques. L'opération l'a guérie.

H. A. Kelly. **Un cas d'opération césarienne.** — Rétrécissement considérable, mère et enfant vivants. C'est le 9e cas opéré à Philadelphie, depuis le cas historique de Mrs Reybold, que Gilson a opéré en 1835.

Joseph Price. **Abus de l'opération césarienne.** — L'opération, comme le disent les Anglais, n'est pas une opération de choix, mais de nécessité. Il ne faut pas la considérer comme *la nouvelle méthode maternelle de délivrance.*

Price cite le cas d'une femme, dont le diamètre conjugué avait 8 c. 89 ; elle accoucha, spontanément, d'un enfant dont le bi-pariétal mesurait 8 cent. 13.

Une autre avait accouché spontanément à terme. On lui fit l'opération césarienne à sa troisième grossesse. Elle fut longtemps à s'en remettre.

Goodell fait remarquer que l'opération césarienne est faite, le plus souvent, par un consultant qui n'a pas suivi la *gestation;* et qu'il y a des femmes qui refusent la provocation de l'accouchement prématuré. Tant que la poche n'est pas rompue, la parturiente peut être en travail pendant un temps indéfini sans danger.

Discussion : H. A. Kelly, M. Price.

J. Price. **Fœtus extra-utérin de 3 mois.** Guérison. — **Kyste dermoïde.** Opération faite il y a 9 jours. L'opérée est bien.

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

Séance du 29 *juin* 1888.

PRÉSIDENCE DE H. T. BYFORD

Daniel T. Nelson. **Sarcome ovarique, torsion du pédicule enlevé dans une autopsie.** — Nelson préfère souvent l'incision explora-

trice à l'expectation lorsque l'état de la malade semble désespéré. La malade a eu neuf enfants ; après la naissance de son dernier, il y a 7 ans, elle resta 4 ans sans voir ses *règles;* mais, dans les 4 dernières années, elle eut des hémorrhagies. Il y a un an, elle remarqua un écoulement liquide par l'anus. Elle semble avoir souffert de quelque inflammation circum-ovarique, à droite, puis elle perdit beaucoup de sang, par le rectum, dit-elle, et elle fut soulagée ; plus tard l'inflammation reparut. Il y a 3 mois, elle commença à grossir et son médecin la crut enceinte, mais ne l'examina pas.

A son entrée à l'hôpital, le 7 juin 1888, âgée de 39 ans, elle avait le pouls à 104. T. 38° ; le soir, pouls 132. T. 38°,22. Deux jours après, le pouls et la température avaient un peu baissé. On aurait pu opérer, mais on attendit un moment plus favorable, qui ne vint pas. La tumeur, un peu adhérente à la paroi abdominale, présente à ce niveau de la congestion veineuse ; le pédicule n'était pas assez tordu pour qu'elle soit nécrosée. L'utérus était seulement un peu congestionné.

Discussion : ETHERIDGE, FENGER. H. T. BYFORD.

FENGER. **Fibro-cysto-sarcome utérin.** — Fenger, ne trouvant pas d'hémorrhagie à la fin de l'opération, ne plaça pas de drain. Le 10 juin, il rouvrit l'abdomen et évacua 3 ou 4 onces de sang, mêlé de pus. L'opérée eut des eschares au sacrum et mourut dans la 3e semaine.

La coupe de la tumeur est semblable, comme le dit Dupuytren, aux parois du ventricule du cœur.

Dans un cas semblable, Fenger opérerait comme il l'a fait, et énucléerait la tumeur sous-séreuse, puis, si l'utérus n'est pas ouvert, il laisserait le moignon dans le péritoine ; finalement, si le microscope dévoile un fibro-sarcome, il ferait l'amputation par la voie vaginale.

Aux questions d'ETHERIDGE, FENGER répond que peut-être le drainage aurait sauvé l'opérée, et que c'est le volume de la tumeur qui l'a empêché de l'extirper par le vagin ; qu'il ne ferait pas l'hystérectomie vaginale, le même jour que l'ablation abdominale de la tumeur, malgré l'avantage qu'elle donnerait, d'après ETHERIDGE, d'un drainage parfait.

H. T. BYFORD. **Fibro-myôme sous-séreux du col, et kyste ovarique. Kystes dermoïdes de l'ovaire. Opération de Tait** (pièces). — Les

trois opérées sont bien. La troisième était menacée de perdre la raison.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI

Séances du 12 *avril et du* 21 *juin* 1888.

PRÉSIDENCE DE GILES G. MITCHELL

TH. A. REAMY. **Gros calcul vésical chez une jeune fille.** — La pierre pèse 21 gr. 90; l'opérée a 7 ans. Reamy fut obligé de faire une incision au périnée; elle guérit par première intention. Il ne sutura pas la vessie; et la malade a actuellement une fistule vésico-vaginale longue de 12 millim. qu'il opérera prochainement.

J. G. HYDMAN croit que la pierre, très dure, est composée d'urate de soude, qui se précipite souvent pendant les accès de fièvre, communs dans l'enfance.

On peut assez souvent le faire dissoudre en donnant au malade des carbonates alcalins.

W. H. TAYLOR a vu un gros calcul, dont la forme lui permet de croire qu'il a commencé à se former dans l'uretère.

TRUSH croit qu'il vaut mieux, à cause de l'épaississement de la paroi vésicale, ne pas fermer immédiatement la plaie de la vessie.

PALMER a souvent incisé la vessie, mais jamais pour extraire un calcul. Si l'incision ne se rapproche pas du sphincter, ni des uretères, elle ne présente pas de danger.

CLEVELAND a extrait un calcul dont le noyau était un crayon d'ardoise, et une tente de laminaire, introduits par erreur par une femme qui voulait se faire avorter, et un calcul friable chez un enfant de 6 ans.

REED a eu, une fois, quelque peine à extraire une sonde de Skene, qui était demeurée 3 jours dans la vessie d'une femme, tant elle était déjà couverte d'incrustations.

TAYLOR a eu la même difficulté, au bout de 24 heures.

RUFUS B. HALL. **Laparotomie faite pour l'enlèvement des annexes, dans un cas d'inflammation pelvienne à répétition.** — Les souffrances de la malade étaient beaucoup aggravées par la vie conjugale, si bien qu'elle se sépara de son mari.

Son état devint plus pénible dans une école où elle alla pour

compléter son instruction, et où elle devait souvent monter et descendre.

Lorsque Hall la vit, en mars dernier, elle avait une petite tumeur douloureuse, grosse comme une petite orange, derrière l'utérus, mais pas de rétroflexion.

La laparotomie faite, Hall trouva tous les organes adhérents ; la tumeur rétro-utérine était l'ovaire droit, adhérent, ainsi que la trompe ; Hall les enleva.

W. H. Wenning. **Énorme sarcome intéressant les deux ovaires et une trompe, chez une jeune fille.** — L'abdomen était ascitique. Il fut impossible à cause de la friabilité des tissus, de placer des pinces hémostatiques. L'intestin était parfaitement normal. Wenning fit faire des lavages fréquents de l'abdomen. L'opérée mourut au bout de 3 jours. Elle avait 17 ans.

T. A. Reamy raconte un cas de tumeur maligne de l'ovaire. Il enleva les 2 ovaires. L'opérée mourut le 9e jour.

(Résumé d'après *Am. Journ. of. Obs.*, novembre 1888, p. 1172 à 1219, par A. Cordes.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON

Séance du 6 *avril* 1888.

PRÉSIDENCE DE BUSEY

J. T. Winter. — **Cas d'abouchement des uretères à la surface externe des grandes lèvres.**

G. N. Acker. — **Inflammation des glandes salivaires, survenant après l'accouchement.**

La malade accouchait pour la 4e fois ; la délivrance a été facile. Mme R. est nerveuse, et présente un bruit d'insuffisance mitrale. Deux jours après son accouchement, elle se plaignit de douleurs et de raideur dans le gosier ; la glande sous-maxillaire était grosse et douloureuse. Le 4e et le 5e jours, la température atteignit 37°,78 ; les lochies n'offrirent rien de particulier. Le côté gauche fut pris le premier, puis le droit.

Dès le 11e jour la malade alla mieux, elle se rétablit complètement sans que les glandes aient suppuré. Le traitement consista dans l'administration de la quinine et des laxatifs.

Acker cite ensuite Mundé, Goodell, Sutton, Taber Johnson, Mann, Emmet, Baker, Reamer, S. Keith, Möricke, P. Berth et H. Schröder qui ont vu le gonflement des glandes maxillaires survenir à la suite d'opérations faites dans la sphère génitale.

M. Ardle croit que le cas de Acker est un cas de septicémie et non de sympathie. Les anciens avaient néanmoins reconnu un rapport entre l'utérus et le cou (1).

Fry croit aussi à une origine septicémique.

W. W. Johnston, de même. Il note la relation qui unit les glandes salivaires et le tube digestif.

King croit qu'il serait utile d'observer cette relation chez les animaux.

Séance du 20 avril 1888.

PRÉSIDENCE DE BUSEY

D. W. Prentiss. — **500 cas d'accouchement dans la pratique particulière.**

1° Durée moyenne de la grossesse à dater du début de la dernière menstruation 278 jours et demi.

2° Mouvements perçus, à dater du même jour, 133 jours et un tiers.

3° et 4° 203 garçons, 210 filles, chez les primipares 48 garçons, 44 filles.

6° Poids moyen des enfants 8,2 livres (2).

7° Durée moyenne du travail depuis le moment où les douleurs se sont régularisées, 10 heures 1/2; chez 69 primipares, 16 h. 8.

8° 279 présentations du vertex, 1re position, 133; 2e, 21; 3e, 6 4e, 16. Directes antérieures, 4; directes postérieures, 3.

11 présentations du siège.
2 — de la face.
2 — des pieds.
2 — de l'épaule.
1 — de la tête et du thorax.
1 — du tronc.
2 — du front.

(1) Catulle l'a noté dans son Épithalame.
Nonillam nutrix orienti reviseus.
Hesteno poterit circumdare filo (A. C.).

(2) C'est sans doute la livre *avoir du poids*, ce qui donne 3 k. 819.

Mères au-dessous de 25 ans, 106; entre 25 et 35 ans, 180; 35 ans et au-dessus, 78 = 364.

Pères au-dessous de 25 ans, 32; entre 25 et 35, 171; 35 ans et au-dessus 147 = 350.

10° 5 jumeaux.

11° Primipare de 13 ans, 1. Primipare de 38 ans, 1.

43 applications de forceps (12,64 0/0).

2 cas d'hydrocéphalie congénitale.

3 cas d'adhérence placentaire.

3 cas d'éclampsie.

1 fœtus de 6 mois 1/2, pesant 2 livres 1/2; a vécu.

3 cas d'éclampsie.

5 cas de fièvre puerpérale, 2 morts (adhérence du placenta).

2 cas de chorée gravidique, guéris par le sulfate de zinc, 60 centig.; toutes les 4 heures.

2 cas d'hydatides, au 5e mois.

2 cas de manie puerpérale, guéris.

2 fœtus acéphales.

3 cas de pied bot varus.

5 morts (1/100); 2 de placenta prævia, 2 de septicémie, 1 de convulsions.

Une des femmes présentant un placenta prævia, était morte lorsque Prentiss la vit, l'autre était mourante.

Pour T. C. Smith la variété dite *directe* de la position du vertex n'est que transitoire.

Les déformations du bassin semblent rares dans la localité qu'habite Prentiss.

Fry approuve l'application fréquente du forceps et lui attribue la brièveté relative de l'accouchement. Il insiste sur l'utilité de l'antisepsie.

Ford Thompson. — L'antisepsie absolue est impossible, en obstétrique, puisque l'accoucheur agit dans une cavité. S'il injectait assez d'antiseptique pour tuer les germes, il tuerait la femme.

L'antisepsie, en réalité, n'est donc que de la propreté.

Hagner croit qu'on peut désinfecter l'utérus puerpéral. Les désinfectants ne tuent peut-être pas les germes, mais ils les mettent hors de combat.

Thompson. — L'iodoforme ne tue pas les bactéries, mais il stérilise les plaies. Les lavages font un grand bien, quoiqu'ils ne constituent pas de l'antisepsie vraie.

W. W. JONHSTON croit à l'antisepsie de l'avenir.

KING. — Une solution de sublimé à 1/10000 suffit pour empêcher le développement des germes. Si l'injection n'enlève que la moitié des germes, elle fait déjà du bien. Un vagin lavé, puis protégé par de la gaze et un tampon iodoformé, est bien près d'être aseptique. La diminution de la mortalité dans les Maternités montre bien la valeur de l'antisepsie.

FRY. — La solution de sublimé à 1/40000 empêche le développement des germes morbifiques, la solution à 1/20000 les détruit, l'ébullition ne les détruit pas tous.

PRENTISS, en terminant, dit qu'il n'a eu qu'une déchirure du périnée intéressant le rectum; elle n'existait pas après la délivrance; elle est due à une gangrène du périnée. Il n'a pas observé d'hémorrhagie *post partum*. Il ne donne de l'ergot que s'il est indiqué. Il ne fait pas d'injections *ante partum* et ne donne des injections antiseptiques que si les lochies sont fétides.

Il suture immédiatement les déchirures, fréquentes chez les primipares.

Séance du 4 mai 1888.

PRÉSIDENCE DE BUSEY

J. T. WINTER. **Croup**. — Mémoire fort intéressant, historique, complet. L'auteur cite plusieurs cas où le tube a glissé dans la trachée, pendant le *tubage du larynx*.

S. S. ADAMS considère le croup et la diphtérite comme identiques; le croup siége dans le larynx et la diphtérite dans le pharynx. Cette affection, locale au début, devient générale par l'absorption des produits septiques.

W. W. JOHNSTON croit que le croup *membraneux* n'est pas contagieux; le croup *diphtéritique* l'est.

La plupart des membres, Johnston en particulier, trouvent entre le croup et la diphtérite cette différence que l'un ne laisse pas d'ulcérations, et que la seconde détruit les tissus.

Les études de PRENTISS lui ont démontré que ces deux affections n'en font qu'une.

Séance du 18 *mai* 1888.

PRÉSIDENCE DE BUSEY

J. TABER JOHNSON. — **Ablation des annexes chez une nymphomane affectée de myôme utérin. Mort au neuvième jour d'une péritonite septique, causée par la rupture d'un abcès.**

FORD THOMPSON. **Déchirure du périnée chez une enfant de sept ans.** — L'enfant était tombée sur la pointe d'un poteau. Le vagin était déchiré jusqu'au niveau du col; le sphincter anal était aussi déchiré. La plaie, survenue peu après l'accident, s'est bien cicatrisée; l'opérée est bien.

THOMAS E. MC ARDLE. — **Conséquences fâcheuses des précautions prises contre la conception.**

L'auteur laisse, à dessein, de côté, la question au point de vue moral, dont il saisit néanmoins l'importance.

Le moyen conseillé par Malthus pour éviter l'excès des naissances est de se marier tard; il n'est donc pas juste de mettre sous son nom des pratiques immorales. Mc Ardle cite des cas de mort rapportés par Bergeret, et de métrite constatés par divers auteurs.

La métrite chronique est la conséquence naturelle de l'acte incomplet, les versions et les flexions peuvent en résulter. La femme, être ultra-sensitif, souffre dans tout son système nerveux, profondément ébranlé; elle devient stérile, et ne peut plus être mère lorsqu'on ne recherche plus son infécondité.

L'auteur termine son mémoire par l'affirmation que le seul moyen certain de n'avoir pas d'enfant est de s'abstenir du coït.

G. W. JOHNSTON. — Il est bien malaisé de savoir dans quelles limites les moyens préventifs agissent pour causer des maladies utérines; car les malades ne sont guère portées à les avouer et leurs conséquences ne sont pas caractéristiques.

J. T. JOHNSON cite un cas où le mari, comme la femme, souffrait de névrose, à la suite de cette sorte de précaution.

J. FORD THOMPSON ne croit pas que l'emploi du *condom* puisse nuire à la femme, car l'orgasme de la femme précède l'émission du sperme.

(Résumé d'après *l'Am. J. of obst.*, 1888, p. 941 à 978, par A. Cordes.)

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE AMÉRICAINE. 13e SÉANCE ANNUELLE (WASHINGTON) (Suite) (1).

18-2 *septembre* 1888.

PRÉSIDENCE DE M. BATTEY

BATTEY (de Rome, Georgie) lit son **discours présidentiel**, dans lequel il parle de l'état et du but de la *Société*, puis, d'une manière générale, des questions de priorité.

DUDLEY (de Chicago). **La pince comparée avec les sutures et les ligatures dans l'hystérectomie vaginale.** — Dudley décrit tous les détails de l'opération. Pour lui il n'est pas nécessaire de faire basculer l'utérus, ni, comme le font les Allemands, de curer l'utérus quelques jours avant d'opérer.

L'emploi de la pince permet de gagner beaucoup de temps; l'hémostase est rapide et sûre; le moignon se détache plus facilement et laisse derrière lui une surface nette; la pince assure le drainage; enfin l'opération permet, grâce à l'emploi de la pince, d'espérer une statistique plus belle.

Dudley croit avoir été le premier à se servir des pinces pour remplacer les sutures. Péan, le premier, les a employées pour l'hémostase.

J. B. HUNTER est partisan de la pince; il préfère la modification que Polk a faite à celle de Richelot.

H. T. BYFORD (de Chicago), REAMY et LANE (de Californie) préfèrent encore les sutures.

C. M. GREEN (de Boston). **Rupture spontanée de l'utérus.** — 4 cas, guérisons.

G. HEWITT. **Vomissements graves de la grossesse.** — Les causes les plus importantes sont les versions et les flexions utérines, l'induration du col, les tumeurs abdominales, l'endométrite, l'alcoolisme chronique, les maladies pelviennes.

Les femmes enceintes ne vomissent pas toujours.

FORDYCE BARKER. — L'antéflexion ne cause pas toujours des vomissements chez les femmes enceintes; mais la rétention de l'urine peut les produire.

SKENE et G. WYLIE ajoutent quelques mots.

---

(1) Vid in *Ann. de gynéc. et d'obst.*, décembre 1888 p. 465.

W. POLK. **Traitement de l'endométrite par les drains de gaze.** — L'utérus étant dilaté et lavé, est tamponné lâchement avec de la gaze iodoformée; ce pansement est enlevé au bout de 24 heures. Polk estime que ce traitement, répété s'il y a lieu, peut souvent remplacer le curage; il est particulièrement applicable aux cas d'endométrite hémorrhagique.

E. VAN DE WARKER. **Dangers de la galvano-ponction dans les tumeurs pelviennes.** — Il cite 3 cas; dans l'un, la malade eut de la fièvre après la séance d'électricité; dans le deuxième, la tumeur dégénéra en kyste; dans le troisième, la malade mourut d'épuisement et de fièvre hectique au bout de 57 jours.

T. PARVIN (de Philadelphie) reconnaît les dangers de ce traitement.

BAKER, de même, mais il croit qu'il peut être utile dans certains cas d'effusions inflammatoires.

H. F. CAMPBELL (d'Augusta, Georgie). **L'infécondité; quelques-unes de ses causes, son traitement.** — L'auteur étant absent, le secrétaire lit le titre de ce mémoire.

H. MARION SIMS. **Importance du microscope dans le traitement de la stérilité.** — 1° L'homme peut-il accomplir l'acte sexuel? 2° La femme le peut-elle? 3° Les spermatozoaires sont-ils sains? 4° L'ovule est-il sain? 5° La muqueuse cervicale est-elle saine? 6° Existe-t-il un obstacle qui empêche les spermatozoaires d'arriver au contact de l'ovule? Tels sont les points qu'il faut résoudre.

Il est probable que l'imprégnation se fait dans la trompe, dans laquelle les spermatozoaires se trouvent peu après la copulation.

Les causes les plus fréquentes de la stérilité chez la femme sont: les flexions, les versions, les déchirures du col, les maladies cervicales, l'étroitesse extrême du museau de tanche.

FORDYCE BARKER. — Le Dr Sims vient de dire que la femme peut concevoir après 55 ans, mais Sara, femme d'Abraham, est la seule à qui ce soit arrivé (1). Si une femme accouche tardivement pour la première fois, elle court quelques dangers, causés par la rigidité des parties molles.

J. B. HUNTER croit que la dilatation rapide du col est moins favorable à la conception que la dilatation progressive.

---

(1) La *Gazette obstétricale de Paris*, 1873, p. 422, cite, d'après le *Lyon Médical*, une grossesse à 56 ans. (A. C.)

WILSON (de Baltimore) attribue une grande importance au traitement de la muqueuse après la dilatation.

BATTEY. — Dans le Sud, la ménopause ne vient guère qu'à 50 ans; et on voit quelques femmes être réglées à 55 ans. La conception, à cet âge, n'est donc pas impossible.

COE et JOHSTONE ajoutent quelques mots.

J. B. HUNTER. **Influence de la grossesse sur les maladies pelviennes.** — Les maladies congestives sont aggravées; de même les maladies de l'anus, de la vulve et du vagin et les déchirures du périnée et les maladies du col et de la vessie. Les calculs vésicaux n'augmentent pas toujours pendant la grossesse. L'antéflexion congénitale cède souvent, mais dans les autres déplacements, l'inflammation tend à augmenter, les fibromes sont peu influencés, mais les petits polypes peuvent donner lieu à des hémorrhagies. Les tumeurs ovariques et para-ovariques peuvent éclater ou devenir adhérentes.

Les maladies tubaires s'aggravent toujours; mais la paramétrite peut ne pas augmenter. L'effet produit par la grossesse dépend de sa durée.

Discussion : SKENE, BACHE EMMET, CAMERON (de Montréal).

ENGELMANN. **Les nouvelles méthodes électro-thérapiques en chirurgie gynécologique.** — L'électricité ne doit pas se substituer à la chirurgie, mais elle en est un utile adjuvant. Bien appliquée, elle n'est pas dangereuse ; son application permet à la malade de continuer ses occupations. Elle est fort utile dans les néoplasmes et les tumeurs interstitielles; elle peut rendre des services dans les fibromes et les myômes ; dans la sténose cicatricielle, elle donne de très bons résultats dans la métrite chronique.

Engelmann fait l'application de l'électricité par une ponction vaginale. Il l'a trouvée dangereuse, dans un petit nombre de cas.

H. P. C. WILSON a vu un gros fibrome pariétal diminuer des 2/3.

G. HEWITT préfère souvent l'électrisation aux opérations sanglantes dont on abuse.

PARRISH croit qu'il faut essayer l'électricité dans tous les cas, sauf dans les abcès, qui doivent être ouverts aussitôt reconnus.

M. D. MANA (de Buffulo). — **Grossesse ovarique.**

JANVRIN (de New-York). **Indication de la laparotomie hâtive dans la grossesse tubaire.** — Dans un cas rapporté par Janvrin, le

diagnostic fut établi dès la 5e semaine ; la malade mourut après 3 jours d'électrisation. Il préfère la laparotomie, aussitôt que le diagnostic est établi.

HANKS (de New-York). **Diagnostic de la grossesse ectopique, traitement, deux cas.** — Sur 97 cas cités, 31 n'ont pas subi d'opération ; 18 femmes, sur ces 31 succombèrent : 1, dans le 1er mois, 5 dans le 2e, 3 dans le 3e, 3 dans le 4e, 2 dans le 5e, 2 dans le 6e, 1 dans le 8e.

95 0/0 des cas peuvent être reconnus avant la fin du 3e mois. La grossesse ectopique est, presque toujours, tubaire au début.

Hanks a traité ses 2 cas par l'électricité, il a réussi.

HARVEY (de Calcutta). — La laparotomie est encore au berceau dans l'Inde, et les malades répugnent à s'y soumettre.

J. C. REEVE (de Dayton, Ohio). — Lorsqu'on touche le kyste, on y sent un mouvement vasculaire ; le diagnostic lui paraît relativement aisé.

Reeve fait l'éloge de l'électrisation.

GORDON (de Portland, Maine) préfère la laparotomie aussitôt que le diagnostic est fait.

JOHNSTON croit que l'une des pièces de Mann est une tumeur dermoïde.

Le médecin est rarement appelé avant la rupture de la poche. Lawson Tait n'a vu qu'un cas, sur 70, avant cette rupture.

KOLLOCK (de la Caroline méridionale) est partisan de la laparotomie, aussitôt que le diagnostic est certain.

W. GILL WYLIE. — Le diagnostic est difficile, mais, dès qu'il est fait, il faut laparotomiser.

ENGELMANN. — Si le diagnostic n'est pas certain, il faut essayer l'électricité.

TYNDALL (Caroline du Sud) est partisan de la laparotomie.

A. PALLMER DUDLEY (de New-York) cite des cas d'erreur de diagnostic.

COE, JANVRIN, HANKS, ajoutent quelques observations.

Puis on procède aux élections. H.C.P. WILSON est élu président de la prochaine session qui aura lieu à Boston le premier mardi de septembre 1889.

ASSOCIATION AMÉRICAINE DES OBSTÉTRICIENS ET DES GYNÉCOLOGISTES. 1re SESSION ANNUELLE (WASHINGTON).

18-20 *Septembre* 1888.

W. H. TAYLOR (de Cincinnati) lit le **discours annuel**. Après quelques mots d'introduction, Taylor traite la question de la fécondité décroissante chez les Américaines. Elle est attribuée en partie à l'avortement provoqué. Sans doute, cette cause a son importance, mais Taylor insiste sur le défaut d'application des règles hygiéniques, surtout dans les classes riches. Taylor croit aussi qu'on attribue trop d'importance aux organes génitaux, dans la production des névroses. Il n'est pas plus rationnel de châtrer une « femme « qu'un homme, pour la guérir d'une épilepsie, ou d'une maladie « nerveuse vague », a dit Wathen. A. Vander Veer croit de même que l'ablation des annexes utérines ne guérit pas l'hystéro-épilepsie.

L'incapacité que présentent bien des mères, à allaiter leurs enfants, tient, en grande partie, à des habitudes qui tendent à gêner le développement des mamelles.

Taylor traitera, dans une prochaine réunion, la question de l'anesthésie obstétricale. Puis il termine par quelques considérations sur l'antisepsie.

CORDES (de Genève, Suisse). **Traitement de l'éclampsie puerpérale.** — 4 cas, 3 guérisons. Le cas de mort a été vu en consultation, après l'accouchement.

L'auteur recommande le bromure, le chloral, l'application des sangsues aux apophyses mastoïdes, la saignée seulement dans le cas de coma et d'asphyxie. D'une manière générale, il n'approuve pas l'intervention manuelle et instrumentale, qu'il ne fait que pendant l'anesthésie.

Traitement de l'endométrite. — 3 cas, 2 guérisons par l'injection d'acide nitrique pur. La femme qui n'a pas guéri a abusé du coït trop tôt après la cautérisation. L'auteur préfère l'acide nitrique à la curette, dans la plupart des cas (1).

A. LAPTHOM SMITH (de Montréal). — Les convulsions puerpé-

(1) Depuis la lecture de ce mémoire, plusieurs succès obtenus avec la curette ont modifié mes idées à ce sujet (A. C.)

rales sont dues à la pression mécanique subie par les veines rénales ; si cette pression dure trop longtemps, elle cause l'urémie ; celle-ci, après quelque temps, produit des lésions cérébrales. Il faut donc vider l'utérus, aussitôt que l'on a reconnu l'existence de la compression. Smith ne regrette qu'une chose, c'est d'avoir attendu trop longtemps dans certains cas. « La vie de l'enfant, qu'on peut néanmoins sauver parfois, est d'une importance secondaire. » Il est donc nettement interventionniste.

Byron Stanton. — Les convulsions ne cessent pas toujours après la délivrance ; provoquer l'accouchement pourrait n'être que jeter de l'huile sur le feu.

J. Price (de Philadelphie) cite un cas de succès. La malade avait eu quelques crises éclamptiques ; elle avait passé le 8e mois ; son urine était fort albumineuse. Comme *préparation* à l'accouchement provoqué, on prescrivit un purgatif hydragogue, du bromure et du chloral, pour dégager les reins et le cerveau. La mère et l'enfant furent sauvés.

W. W. Potter cite un cas de succès pour la mère et l'enfant. Il provoqua l'accouchement au 8e mois. L'œdème persista longtemps.

Clark est partisan de l'évacuation de l'utérus. Il cite un cas dans lequel il croit que la pilocarpine a été utile.

J. Price. **Indication du drainage, dans la chirurgie abdominale.** — Price est partisan du drainage qui permet le lavage de la cavité. Il repousse toutes les solutions chimiques « qui sont inutiles et « réellement dangereuses ».

Il enlève le drain, lorsque l'exsudation est inodore, claire, et peu abondante. Le drainage vaginal, fait par A. Martin, ne présente aucun avantage.

Si l'incision n'est pas trop longue (1), si l'opérée ne se lève pas trop tôt, le drain ne l'expose pas à avoir une hernie.

Si l'on place le drain de Bantock, qui est perforé, il est utile de le remplir de coton absorbant, pour s'opposer à l'introduction du péritoine dans les ouvertures.

Puis on le fait tourner de temps en temps sur lui-même.

« L'emploi des purgatifs salins arrête souvent une péritonite aiguë ; c'est un fait établi. »

(1) Ayant eu le plaisir d'assister à plusieurs laparotomies faites par Price, j'ai été frappé du peu d'étendue de ses incisions. (A. C.)

Clinton Cushing (de San Francisco). **Contribution à l'étude des abcès pelviens.** — L'auteur est de plus en plus convaincu que Noeggerrath avait raison, quand il accusait la blennorrhagie, incomplètement guérie chez l'homme, de causer la salpingite chez la femme.

Pour l'évacuation de pus, il se sert d'un trocart dilatateur et place un drain en T.

W. W. Potter (de Buffalo) présente un drain d'une autre forme.

J. Eastman (d'Indianapolis) est partisan du drainage; mais il croit qu'il ne faut pas laisser le drain en place plus d'une semaine, dans la crainte d'une hernie.

E. E. Montgomery (de Philadelphie) recommande de donner peu de liquide aux opérées et de faire la compression de l'abdomen, pour éviter la production des effusions péritonéales.

Marcy (de Boston) insiste sur la nécessité de l'asepsie, qui doit permettre de ne pas employer le drain.

A. Vander Veer se rapelle que Peaslee avait des succès plus nombreux que Sp. Wells ; il faisait son drainage à la partie déclive.

Quant à la hernie, elle peut être évitée par de bonnes sutures. Il faut réunir le péritoine au péritoine, le fascia au fascia, la peau à la peau.

J. Price compare les résultats de Martin avec ceux de Bantock, de Tait et de Keeth, et conclut que le drainage des trois derniers doit être supérieur. Price fait une incision suffisante pour admettre deux doigts. « Deux doigts suffisent à faire dans l'abdomen ce que la main entière pourrait faire. »

W. H. Meyer (de Fort Wayne). **Traitement de la péritonite suppurée.** — L'auteur se déclare partisan de l'intervention chirurgicale, même dans la péritonite aiguë. La péritonite n'est jamais spontanée ou idiopathique. Il lit une lettre d'Anandale (d'Edimbourg), qui raconte qu'il a en 1860, d'après l'ordre de H. Bennett, mis dans un bain un homme atteint de péritonite suppurée, l'a ponctionné sous l'eau, et a lavé le péritoine.

La cause la plus fréquente de la péritonite suppurée est la perforation de l'appendice vermiculaire, qui ne laisse au malade qu'une chance de vie, l'incision, le lavage et le drainage.

Puis Meyers cite L. Tait, qui a dit : « Je suis maintenant certain « que c'est une négligence presque criminelle, que de laisser

« mourir un malade atteint de péritonite sans lui faire la section « abdominale » ; et Greig Smith, de Bristol, qui parle dans le même sens.

E. E. MONTGOMERY. **La laparotomie dans la péritonite.** — M. est nettement partisan de la laparotomie dans les collections purulentes. La présence du pus est indiquée par la fluctuation, la matité, les frissons, la fièvre, la cessation de la douleur spontanée, la douleur à la pression ou dans les mouvements. La suppuration du péritoine se produit parfois très rapidement.

H. O. MARCY cite un cas de péritonite tuberculeuse, où la laparotomie a sauvé la malade. Le caractère tuberculeux de la maladie n'a été reconnu que pendant l'opération.

CLARK cite un cas analogue.

RICKETTS (de Cincinnati) regrette qu'on n'amène que tardivement les malades au gynécologiste. Tel cas qui s'est terminé par la mort de l'opérée aurait été un succès, si l'opérateur avait été avisé plus tôt.

A. VANDER VEER (d'Albany. New-York). **Raports du chirurgien abdominal avec l'obstétricien et le gynécologiste.** — La chirurgie abdominale est devenue une spécialité, mais elle n'est pas l'ennemi, au contraire, elle est l'aide de la médecine gynécologique. Les meilleurs *chirurgiens abdominaux*, sont ceux qui ont pratiqué comme encyclopédistes, puis se sont voués à la chirurgie abdominale.

S. C. GORDON (de Portland) déclare n'avoir rien à ajouter à ce que vient de dire Vander Veer ; il ne peut qu'y applaudir des deux mains.

W. H. WATHEN (de Louisville). **Le traitement chirurgical des déchirures du périnée et du plancher pelvien.** — Il insiste sur la suture des muscles, nécessaire à la restauration du plancher et sur la nécessité d'opérer tout de suite.

MARCY. **Le périnée, son anatomie, sa physiologie, sa restauration.** — Le transverse du périnée est le muscle le plus important suivant lui.

La suture doit réunir non seulement la muqueuse, mais surtout les muscles, et il préfère la suture continue.

W. W. POTTER. **Double ovariotomie pendant la grossesse.** — La malade était enceinte de 4 mois. L'opération dura 1 h. et 5 minutes ; les tumeurs pesaient 38 livres.

L'opérée accoucha à terme, d'un enfant pesant 7 livres et demie.

POTTER cite Mundé (*Am. J. of. Obst.* juillet 1887); E. E. MONTGOMERY (*Med. Register*, 28 août 1888); V. GARDNER (*Archiv. of. Gynäk.*, mai 1888); Kn. Thornton (*Obst. Trans.*, 1886), qui ont rapporté des cas analogues.

VANDER VEER a réuni 96 cas d'ovariotomie pendant la grossesse.

E. E. MONTGOMERY a eu un cas semblable à celui de Potter ; il croyait le sien unique.

TYLER SMITH croyait que les ovaires dirigent les contractions utérines pendant le travail. Ces cas prouvent que sa théorie n'est pas exacte.

MAXWELL (de Keokak), considérant que l'opérée a allaité son enfant conclut que la lactation n'est pas le remplaçant de la menstruation.

BYRON STANTON. **Accouchement prématuré provoqué.** — Il en est partisan dans les cas où il est nettement indiqué ; il n'est pas juste de dire qu'il sacrifie souvent les enfants.

Le rétrécissement du détroit supérieur rend l'accouchement moins difficile *cœteris paribus* que celui du détroit inférieur.

L'indication générale se trouve dans l'existence d'un danger actuel pour la mère, constitué par la grossesse ou devant nécessairement se produire au moment de l'accouchement.

STANTON préfère la méthode de Krause : l'introduction d'un bougie entre les membranes et l'utérus.

Th. OPIE préfère les dilatateurs de Barnes ou de Molesworth ; la bougie a une action très lente. Il rejette l'emploi de l'ergot.

A. L. SMITH (de Montréal) recommande l'accouchement prématuré dans les cas de vomissements graves. Il existe à Montréal une nombreuse famille de belles filles, toutes venues au monde à 7 mois.

Th. OPIE (de Baltimore). **Abuse-t-on du forceps?** — Opie reconnaît trois dates principales dans l'histoire des forceps : 1° L'invention du forceps original, 1700; 2° l'adjonction de la courbure pelvienne par Levret, 1747 (1) ; 3° l'adjonction des branches de traction par Tarnier, en 1877.

Avant la description scientifique des positions, faite en 1791, par Baudelocque, le forceps était appliqué au hasard, et sans méthode. Du temps de Ramsbotham, on comparait le forceps avec la crâniotomie.

(1) SMELIE, sans avoir eu connaissance, paraît-il, de l'idée de Levret, a proposé la courbure céphalique, en 1749. (A. C.)

L'application du forceps au détroit supérieur (opération *haute*) demande une grande habileté; même dans l'excavation et à la vulve (opération *basse*), elle ne doit pas être confiée à un débutant. Opie est partisan des forceps à tige de traction au détroit supérieur et au début. Le dernier modèle de Tarnier lui semble parfait.

Il insiste sur la nécessité pour l'accoucheur de *savoir attendre et ne rien faire*.

L'anesthésie rend de grands services chez les femmes nerveuses.

Pour lui comme pour Pajot, l'intervention ne doit pas être réglée par une question d'horloge.

J. PRICE cite le cas d'une femme dont 5 enfants avaient été extraits par l'éviscération. Grâce à l'accouchement prématuré provoqué, et au forceps, elle eut ensuite 3 enfants vivants.

Il recommande le forceps de Sims.

Price emploie rarement le forceps.

H. E. HILL (de Saco, Maine). **Un cas rare de fibrome utérin.** — Le diagnostic porté était tumeur fibro-kystique de l'ovaire; c'était un fibrome solide, adhérent à la paroi abdominale. L'ovaire gauche présentait un kyste gros comme une orange.

Hill enleva le drain, le 6e jour. Il se fit une effusion abondante, et le 18e jour Hill en évacua 40 onces. La tumeur pesait 47 livres. L'opérée se rétablit rapidement.

E. J. ILL (de Newark. New-Jersey). **Tumeurs dermoïdes (fibromes) des parois abdominales.** — Dans un des cas, Ill enleva 100 centimètres carrés de péritoine. Les deux opérées se rétablirent. Le pronostic des tumeurs dermoïdes vraies est favorable.

G. H. ROHE (de Baltimore). **Maladies de la peau accompagnant les désordres sexuels chez la femme.** — Ce sont : les angio-névroses. les affections glandulaires, les inflammations, les hypertrophies pigmentaires, les névroses, les dystrophies vasculaires.

Rohe a obtenu de bons résultats avec le fer, dans les gonflements des extrémités et de la face, survenant pendant les règles.

L'urticaire est assez fréquente dans les troubles utérins, et après la gastrotomie (Tait).

L'hyperhidrose qui accompagne la menstruation irrégulière est heureusement modifiée par l'acide salicylique mélangé à la chaux, 1/10.

L'arsenic rend des services dans l'acne des jeunes femmes.

L'impétigo herpétiforme de Hebra est presque toujours sous la

dépendance de la grossesse ou de l'état puerpéral. L'éruption pourprée de la fièvre puerpérale est probablement la même que la scarlatine chirurgicale.

Le *chloasma* de la grossesse disparaît souvent, grâce à l'application d'une pommade composée de

Sous-nitrate de bismuth................	āā 2 gr.
Ammonium de mercure..................	
Vaseline ou coldcream..................	30

Le prurit ano-vulvaire est rarement guéri par la cocaïne et l'acide salicylique.

Grossesse extra-utérine.

Pathologie

F. Townsend (d'Albany. New-York).— Tait a démontré que l'imprégnation se fait avant, pendant et après les règles. Les expériences de Coste semblent avoir prouvé que la fécondation se fait sur l'ovaire ou dans son voisinage.

Tait croit que l'ovule tombe dans le péritoine et y meurt le plus souvent, et que le nombre des ovules qui pénètrent dans l'utérus est peu considérable.

L'œuf fécondé qui tombe dans le péritoine n'y trouve pas toujours un sol favorable. Townsend croit qu'une ancienne inflammation péritonéale constitue pour lui de bonnes conditions de greffe et de développement.

Ainsi se produit la grossesse abdominale primitive. Elle peut aussi être secondaire.

La grossesse tubaire est de beaucoup la plus fréquente de toutes les sortes de grossesses ectopiques.

A la fin du XVIIe siècle, Saint-Maurin a démontré la possibilité de la grossesse ovarique.

Townsend mentionne les modifications que subit l'utérus, dans la grossesse ectopique.

Diagnostic.

J. Price. — Tait a sans doute raison lorsqu'il affirme que la grossesse ectopique commence toujours par être tubaire. Le lieu de fixation définitive de l'œuf dépend du point où il est greffé au début, et du point où la trompe se rompt.

On ne fait guère le diagnostic avant la rupture tubaire.

Voici les éléments du diagnostic. L'arrêt des règles, et les symptômes de la grossesse, une douleur particulière, paroxystique, nauséeuse qui ne ressemble ni à une colique, ni à une crampe ; elle disparaît, puis revient, une perte sanguine irrégulière peu colorée, qui renferme des débris muqueux.

L'utérus, agrandi, est rejeté sur le côté par une masse kystique douloureuse.

Lorsque le fœtus meurt avant la rupture de la trompe, le diagnostic est pratiquement impossible.

La rupture se produit entre la 8e et la 14e semaine.

Traitement.

E. Montgomery. — L'auteur recommande d'agir ainsi : 1o avant le 4e mois, détruire le fœtus au moyen du courant faradique, sans ponction du sac.

2o Du 4e au 6e mois, employer l'électricité : plus tard, faire la laparotomie.

3o Dans les cas de rupture, laparotomie immédiate, enlèvement du sac et du sang épanché.

4o Au delà du 6e mois, attendre l'époque où le fœtus est viable, faire la laparotomie, éviter la séparation du placenta, fermer le sac en haut, faire le drainage vaginal.

5o Si le fœtus est mort, il faut l'extraire par la laparotomie, au bout de quelques semaines.

6o Quand le fœtus est macéré et qu'il s'est formé un abcès, il faut élargir l'ouverture, et enlever les restes fœtaux.

Vander Veer est partisan de la laparotomie primitive. La rupture du sac a rarement lieu après le 4e mois.

Ch. Reed (de Cincinnati). **Fibromes de la paroi abdominale.** — 1o Ces tumeurs s'accroissent rapidement ; 2o lorsqu'elles sont petites, leur enlèvement est facile, et sans danger ; 3o plus grasses elles ont des rapports étendus avec les téguments et leur ablation est plus dangereuse ; 4o dans le cas d'une grosse tumeur, il faut d'abord au moyen d'une incision de la tumeur s'assurer qu'on peut l'enlever ; 5o il ne faut pas l'enlever, si on reconnaît que l'opération radicale sera dangereuse ; parfois l'incision exploratrice agit directement sur la tumeur ; 6o dans le cas de tumeur profonde, largement fixée au péritoine, il faut essayer l'électro-puncture, avant d'entreprendre l'extirpation de la tumeur.

A. L. SMITH (de Montréal). — **Détails sur l'application du courant continu en Gynécologie.**

WILLIAM H. TAYLOR (de Cincinnati) est élu président de la séance de 1889, qui se réunira à Cincinnati.

Résumé d'après l'*Am. J. of obst.* 1888, p. 1047 à 1103, par A. Cordes.

REVUE DES JOURNAUX

De la méthode de « Thure Brandt » ayant pour but de rendre les trompes accessibles à la palpation. (Uber die Thure Brandt'sche Methode, als Mittel, die erkrankten Tuben palpibar zu machen.) A. WINAWER. — L'expérience acquise au prix d'une série de laparotomies pratiquées pour des affections de la trompe a permis assurément d'en faire, à la faveur de l'anesthésie chloroformique, le diagnostic avec certitude. Ainsi : de la grossesse tubaire, des tumeurs de la trompe, de salpingites quand elles ont abouti à la production de collections hématiques, purulentes, etc. En revanche, les renseignements fournis par la palpation sont bien plus incertains, quand il s'agit de salpingites catarrhale ou suppurée, à évolution chronique, et que les trompes constituent seulement des cordons gonflés, épaissis.

Si Schröder, Fritsch, A. Martin et d'autres auteurs déclarent que, dans un certain nombre de cas favorables, on peut, à coup sûr, reconnaître les trompes tuméfiées ; toutefois, ces cas favorables ne doivent pas se présenter souvent puisque Emmet, entre autres, déclare « *que nous ne disposons d'aucun moyen qui nous permette de reconnaître la salpingite avant la mort de la malade* » et que Nöggerath a imaginé pour palper les trompes malades sa méthode du *toucher vésico-rectal* ». D'autre part, pour bien palper les trompes, il faut réussir à les isoler, à les dégager de la masse environnante dans laquelle elles sont la plupart du temps enfouies, et cet isolement, cette palpation instructive de l'état des trompes ne sont réalisables que lorsqu'il n'existe pas d'infiltrations, d'exsudats péri ou paramétritiques importants, d'adhérences nombreuses des trompes avec les organes voisins. Malheureusement, ces conditions

défavorables à l'exploration ne se présentent que trop fréquemment, et il en résulte que l'on est, le plus souvent, conduit plutôt à soupçonner l'état pathologique de la trompe qu'à le constater positivement. Bien plus, il n'est pas rare de découvrir à la nécropsie des affections tubaires qu'on n'avait même pas soupçonnées (L. Tait, Thomas).

Or, le massage a permis de palper la trompe malade, dans des cas où l'examen le plus minutieux n'avait auparavant rien fait pressentir sur l'existence de cet état pathologique.

L'explication, semble-t-il, en est que le massage, même dans les cas où il est impossible, dans la narcose chloroformique, de palper les trompes, peut créer des conditions telles qu'on arrive, pourvu que les parois abdominales ne soient pas trop épaisses, à délimiter d'une manière très exacte tous les organes pelviens, parce que :

1° Après le massage, la paroi abdominale est en général tellement souple, dépressible, et indolore, qu'on peut explorer les organes pelviens aussi aisément que si la femme était dans la narcose chloroformique.

2° Les masses nodulaires para et périmétritiques ou les infiltrations, les adhérences des ovaires, etc., sont si heureusement modifiées, que le *parametrium* est libre, souple, dépressible, non douloureux.

L'auteur tient à faire remarquer, qu'il est loin de conseiller le massage pour la cure de la salpingite, salpingite qui, suivant Schauta, constitue précisément une contre-indication à l'emploi du massage. Que pour lui, il n'use pas de ce moyen thérapeutique contre la salpingite, et que c'est dans des cas où pour d'autres raisons il y avait eu recours, qu'il a reconnu que, après le massage, les trompes étaient devenues accessibles à la palpation. Suit la relation succincte de quatre observations. (*Cent. f. Gynäk.*, 1880, n° 52.)

Du traitement des métrorrhagies causées par la rétention de débris abortifs. (Ueber die Behandlung von Metrorrhagien, bedingt durch Retention von Abortusresten) A. Bloch. — Voici, en résumé, le traitement de choix adopté à la Clinique de Breisky contre les métrorrhagies liées au séjour *in utero* de débris abortifs.

1° Désinfection du conduit génital. 2° Dilatation progressive du col au moyen de tiges de laminaire bien appropriées. 3° Désinfec-

tion et exploration de la matrice avec le doigt, dans le but de se renseigner très exactement sur le siège de l'implantation des débris abortifs. 4° Extirpation de ces débris avec la pince à polypes ; finalement, désinfection réitérée de tout le conduit génital.

Dr R. LABUSQUIÈRE.

Hystérectomie vaginale pour un cancer utérin. Succès, par M. H. WATHEN, de Louisville (Kentucky).

Mme B. A. âgée de 34 ans, d'origine irlandaise, est malade depuis 18 mois ; elle a des pertes sanguines de mauvaise odeur. L'examen révèle l'existence d'un carcinome du col, s'étendant à l'endométrium mais n'intéressant ni le vagin ni les annexes. L'utérus était mobile.

Toutes les précautions antiseptiques furent prises et la malade chloroformée.

Pour saisir les ligaments, Wathen se servit d'une pince qu'il ne décrit pas, mais qu'il a présentée à la Société chirurgicale et gynécologique de Birmingham (Alabama), le 5 décembre 1888. Il enleva ces pinces au bout de 52 heures.

Wathen ne fit pas d'injections vaginales, et se contenta de changer le pansement deux fois par jour et de faire le lavage de la vulve.

L'opérée fut purgée le 6e jour avec du sulfate de magnésie. Le second jour la température monta à 38°,33.

Mme A. put se lever le 15e jour, et quitta l'hôpital le 19e.

L'examen de la tumeur fut fait par le Dr Simon Flexner, qui reconnut un adéno-carcinome.

Sans négliger l'antisepsie, Wathen se fie surtout à une propreté minutieuse, à une hémostase parfaite, et à la brièveté de l'opération.

Il croit que la mortalité à la suite de l'hystérectomie doit arriver à ne pas dépasser celle de l'ovariotomie. Puis, il insiste sur la nécessité d'une connaissance exacte de l'anatomie et de la physiologie du bassin.

Dans la lettre qu'il m'a adressée en m'envoyant cette observation que je viens de résumer brièvement, Wathen me dit : « C'est la première vraie hystérectomie, faite au sud de l'Ohio. » Ce qui comprend à peu près le tiers des États-Unis.

A. CORDES.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DES PRINCIPAUX TRAVAUX AFFÉRENTS A LA GYNÉCOLOGIE, A L'OBSTÉTRIQUE ET AUX NOUVEAU-NÉS (1)

OBSTÉTRIQUE

Accouchement. — Cas de présentation de la face (Cases of Face presentation). M. MACKAY. *The Am. J. of Obst.*, p. 1162. — Cause de la présentation du sommet. et de la première position de la tête fœtale (The Cause of the Head Downard Presentation, and of the First Cranial Position). J. FOULIS. *Edinb. med. J.*, octobre 1888, p. 302. — De la fonction du Coccyx dans le mécanisme de l'accouchement (The function of the Coccyx in the mechanism of Labor). H. FRY. *The Am. J. of Obst.*, décembre 1888, p. 1257. — Méthode de traitement perfectionnée de la troisième période du travail (An Improved Method of managing the Third Stage of Labour,). B. HART. *Edinb. med. J.*, octobre 1888, p. 289.

Anatomie obstétricale. — Du col utérin à la fin de la grossesse. E. BLANC. *Arch. de Tocol.*, novembre 1888, p. 655. — Placenta double dans un cas de grossesse simple. GUÉNIOT. *Bull. de l'Acad. de méd.*, octobre 1888, nº 43.

Dystocie. — Observations d'enchatonnement avec adhérences anormales du placenta ; délivrance incomplète, septicémie puerpérale ; guérison par les injections intra-utérines et vaginales antiseptiques. VERRIER. *Bull. de l'Acad. de méd.*, octobre 1888, nº 40. — Primipare à terme ; présentation du siège en S.I.G.P. extraction à l'aide du crochet de Delore. CHARLES. *Journ. d'accouch. et Rev. de med. et de ch. pratiques*, novembre 1888, nº 22. — Sur une variété particulière de rétention du placenta (Ueber eine besondere Art von Placentarretention). LANGE. *Zeitsch. f. Geb. und Gynäk.*, 1888, Bd XV. Hft 1, p. 30.

Fœtus et annexes du fœtus. — Malformations fœtales intra-utérines (Intra-uterine fœtal deformities). C. BLAKE. *The*

(1) Index du 4e trimestre 1888.

Bost. med. and. Surg. J., novembre 1888, n° 21. — Malformation rare (Eine seltene Missbildung). MEKUS. *Cent. f. Gynäk.*, octobre 1888, n° 42. — Mort du fœtus *in utero*. Pathologie et traitement préventif (Intra-uterine Death : its pathology and preventive treatment). R. SIMPSON. *Brit. med. J.*, octobre 1888, p. 870. — Un cas de déformation très accusée des extrémités (Ein Fall von hochgradiger Missbildung der Extremitaten). BRAUNECK. *Zeit. f. Geb. und Gynäk.*, 1888, Bd XV. Hft 1, p. 57.

Grossesse extra-utérine. — Encore un cas d'opération de grossesse extra-utérine. Fœtus mort. Guérison (Noch ein Fall von operation einer Extra uterin abdominal. Schwangerschaft, etc.). ZAJAITSKY. *Cent. f. Gynäk.*, 1888, n° 51. Grossesse tubo-abdominale. Rupture dans la cavité abdominale. Laparotomie, guérison. (Tubo-abdominal Schwangerschaft. Rupture in die freie Bauchhöle. Laparotomie. Genesung). MEINERT. *Cent. f. Gynäk.*, 1888. N° 52. — Opération pour une grossesse extra-utérine. Fœtus mort et extirpation complète du sac. Guérison (Operation einer extra-uterine Schwangerschaft. Todte fruchte mit Entfernung des ganzen Sackes. Genesung). ZAJAITSKY. *Cent. f. Gynäk.*, octobre 1888, n° 40.

Grossesse multiple. — Diagnostic de la grossesse gémellaire. H. VARNIER. *Rev. prat. d'Obst. et d'Hyg. de l'enfance*, décembre 1888, p. 353. — Un cas de grossesse quadruple (Eine Vierlingsgeburt). STOFFECK. *Cent. f. Gynäk.*, 1888, n° 51.

Nouveau-né. — Note sur un cas de paralysie faciale périphérique (d'origine intra-utérine) chez un nouveau-né expulsé en présentation du siège. H VARNIER. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, novembre 1888, p. 331.

Opérations obstétricales. — A quel moment doit-on pratiquer l'opération césarienne ? CHARLES. *Journ. d'accouch. et revue de méd. et de ch. pratiques*, nov. 1888, n° 21. — De l'accouchement provoqué. Dilatation du canal génital à l'aide de ballons. CHARLES. *Jour. d'accouch. et revue de méd. et chirurg. prat.*, décembre 1888, n° 24. — De l'accouchement provoqué ; dilatation du canal génital (col de l'utérus, vagin et vulve) à l'aide de ballons introduits dans la cavité utérine pendant la grosesse. CHAMPETIER DE RIBES. *Ann. de gyn. et d'obst.*, décembre 1886, p. 438. — De la ponction de l'utérus par la paroi abdominale dans l'hydropisie de l'amnios. G. LEPAGE. *Ann. de*

gyn. et d'obst., octobre 1888, p. 257. — De la section césarienne conservatrice avec suture utérine, étude historique, clinique, critique. C. FRANCESCO. *Annali di ostet. e ginec.*, octobre 1888, p. 433. — Des effets de la compression sur la tête fœtale, et considérations spéciales sur la délivrance dans les bassins plats (On the effects of compression of the fœtal Skull, with special Reference to Delivery in Minor Degrees of Flat Pelvis). M. MURRAY. *Edinb. med. J.*, novembre 1888, p. 417. — Des résultats de la section césarienne conservatrice avec suture utérine (Die neuesten Ergebnisse des conservatinen Kaiserschnittes mit Uterusnaht). CARUSO. *Arch. f. Gynäk.*, 1888, Bb. XXXIII, Hft. 2, p. 211. — Du traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine (Zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft). L. MAYER. *Zeitsch. f. geb. und Gynäk.*, 1888, Bd XV. Hft 1, p. 147. Ovariotomie double durant la grossesse (Double ovariotomy during pregnancy). W. POTTER. *The Am. J. of obst.*, octobre 1888, p. 1028. — Quel est le moment propice pour l'opération césarienne ? H. TREUB. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, octobre 1888, p. 448. — Section césarienne nécessitée et justifiée par l'allongement hypertrophique du col, etc. (Cæsarean section necessitated and justifier by Hypertrophic Elongation of the cervix, etc.). J. COLEMAN. *The Am. J. of Obst.*, novembre 1888, p. 114 f.

Pathologie de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. — Albuminurie et éclampsie. H. VARNIER. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance*, octobre 1888, p. 289; novembre, p. 321. — Anémie pernicieuse progressive chez une femme enceinte. Guérison par l'accouchement provoqué au septième mois (Anemia perniciosa progressiva in una donna gravida. Guarigione mediante l'interruzione artificiale della gravidanza al 7° mese). M. GIACANELLI. *Annal. di ostet. e gynec.*, octobre 1888, p. 474. — De la leucémie congénitale (Ueber leukämie bei Schwangeren und angeborene Leukämie). SANGER. *Arch. f. Gynäk.* 1888, Bd XXIII, Hft 2. p. 161. — De l'anémie puerpérale et de son traitement par l'arsenic (Purperal Anæmia and treatment with arsenic). W. OSTER. *The Bost. med. and Surg. J.*, novembre, 1888, p. 454. — Des rapports qui existent entre la folie puerpérale et l'infection puerpérale (Ueber das verhältnis zwischen der puerperalen Geisteskrankheit und der puerperalen Infection). HAUSEN. *Zeitsch. f. geb. und Gynäk.*, 1888, Bd XV, Hft 1, p. 60. — Eclampsie et accouchement provoqué (Eklampsie and künstliche Frühgeburt). LOHLEIN. *Cent. f. gynäk*, décembre 1888, n° 48. — Hémorrhagie accidentelle pendant le travail

(Accidental hemorrhage in labor). WARREN. *The Am. J. of obst.*, octobre 1888, p. 1020. — Lésions hépatiques de l'éclampsie puerpérale. H. PILLIET. *Nouv. Arch. d'obst. et de Gyn.*, novembre 1888, p. 504. — Œdème accusé des grandes lèvres pendant le travail (A case of marked œdema of the Labia uteri during Parturition). D. BRAVER. *Med. News.*, octobre 1888, p. 382. — Primipare au septième mois de la grossesse. Anasarque et albuminurie. CHARLES. *Journ. d'accouch et rev. de méd. et de chirurg. pratiques*, octobre 1888, n° 20. — Quelques considérations sur l'albuminurie et l'éclampsie. CHARLES. *Journ. d'accouch. et rev. de méd. et de chirurg. pratiques*, octobre 1888, n° 15. — Sur un cas d'atrophie musculaire des quatre membres, à évolution très rapide, survenue pendant la grossesse et consécutivement à des vomissements incoercibles. DESNOS, PINARD, JEOFFROY. *Bull. de l'Acad. de méd.*, novembre 1888, n° 48. — Sur un cas de parésie vaso-motrice chez une femme enceinte. (Di un caso di paresi vaso-motoria in donna incinta). C. GIORGIERI. *Annal. di ostet. e ginec.*, novembre 1888, p. 518. — Traitement des hémorrhagies *post-partum* par la compression intra-utérine de l'aorte. SÉJOURNET. *Ann. de Gyn. et d'obst.*, octobre 1888, p. 270. — Un cas d'accouchement prématuré en raison d'œdème pulmonaire, dilatation du col au moyen du kolpeurynter de Braun. (Ein fall künstlicher Frühgeburt wegen œdema pulmonum, Erweiterung des Gebärmutterhalses vermittels des Braun'schen kolpeurynter). BRAUN. *Cent. f. Gynäk.*, octobre 1888, n° 41.

Statistiques des Maternités. — Rapport sur la « *Royal Maternity* », etc. (Report on the Royal maternity and Simpson Memorial Hospital). C. MARTIN et G. HAVELOCK. *Edinb. med. J.*, octobre 1888, p. 317.

Thérapeutique et antisepsie. — Comment on doit enseigner l'antisepsie aux élèves sages-femmes, etc. (Wie soll an den Hebaumenschulen die Antiseptik gelehrt, etc.). VALENTA. *Cent. f. Gynäk.*, décembre 1888, n° 48. — De l'anesthésie avec le protoxyde d'azote en obstétrique (Zur Stickoxydul-Sauerstoff-Anästhesie). SWIECICKI. *Cent. f. Gynäk.*, octobre 1888, n° 43. — De l'antipyrine en obstétrique. AUVARD et LEFEBVRE. *Arch. de Tocol.*, novembre 1888, p. 649. — Des effets de l'antipyrine sur la sécrétion du lait (Effect of Antipyrin on the Secretion of Milk). H. Ross. *Med. News.*, décembre, 1888, p. 645. — Des résultats de l'antiseptie en obstétrique. Contribution aux statistiques de mor-

bidité dans les maisons d'accouchement (Die Erfolge der Antiseptik in der Geburtshulfe. Ein Beitrag zur Morbiditätstatistik der Gebarhaüser). AHLFELD. *Cent. f. Gynäk.*, novembre 1888, n° 46. — La Créoline. A. HEYDENREICH, *Sem. méd.*, novembre 1888. p. 425. — Un Chapitre d'antisepsie obstétricale. Toilette génitale de la femme. AUVARD. *Arch. de Tocologie*, octobre 1888, p. 582.

GYNÉCOLOGIE

Annexes de l'utérus. — Pyo-salpingite double guérie par l'aspiration (Case of double pyosalpinx cured by aspiration). B. NICHOLSON. *The Brit. med. J.*, octobre 1888, p. 933.

Organes génitaux. — De la Cystocèle vaginale; modification du traitement opératoire, ROUTIER. *Sem. méd.*, décembre 1888, p. 482. — De quelques recherches nouvelles sur la blennorrhagie chez la femme. ERAUD. *Lyon méd.*, p. 575. — Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme. TRÉLAT. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, novembre 1888, p. 321. — Malformation des organes génitaux (Missbildungen der weiblichen Genitalorgane). KIDERLEN. *Zeits. f. Geb. und Gynäk.*, 1888. Bd XV. Hft 1, p. 1. — Note pour servir à l'étude de la blennorrhagie chez la femme. HORAND. *Lyon méd.*, octobre 1888, p. 251. — Relevé analytique de 140 cas de fistules vésico-utérines, etc. (Casuistik von 140 Vesico-Uterinfisteln). L. NEUGEBAUER. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXXIII. Hft 2, p. 270.

Ovaire. — Kyste ovarique double (Double ovarian Cyst). LEE. *The Am. J. of Obst.*, novembre 1888, p. 1174. — Maladie kystique des ovaires (Cystic disease of the Ovaries). MARTIN. *Edinb. med, J.*, novembre 1888, p. 435.

Paroi abdominale. — Fibrome volumineux de la paroi abdominale. A. MARCHAND. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, t. XIV, p. 659. — Fibro-sarcome de la paroi abdominale. P. SEGOND. *Sem. méd.*, décembre 1888, p. 457.

Thérapeutique et opérations gynécologiques. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des tumeurs utérines en voie de putréfaction (Beitrag zur Frage der Operativen Behandlung verjauchter Uterustumoren). ODEBRECHT. *Zeit. f. Geb. und Gynäk.*, 1888. Bd. VX. Hft. 1, p. 128. — De l'action

de certains médicaments sur le système utéro-ovarien (On the action of certain Drugs on the Utero-ovarian System). L. ATTHILL. *The Dubl. med. J.*, décembre 1888, p. 457. — De la castration en raison d'ovaires fonctionnant concurremment avec un développement imparfait des canaux de Muller (Zur Castration wegen fonctionarender ovarien bei rudimentärer Entwickelung der Muller 'sohen Gänge). Strauch. *Zeitsch. f. Geb. und Gynäk.*, 1888. Bd VX. Hft 1, p. 138. — De la dilatation du col avec les bougies coniques dans les hémorrhagies causées par des myômes (Stumpe Dehnung der Collum bei Myomblutungen). KALTENBACH. *Cent. f. Gynäk.*, novembre 1888, n° 45. — De la méthode de Thure Brandt, comme moyen de rendre accessibles à la palpation les trompes malades (Uber Thure Brandt sche Methode, als Mittel die erkankten Tuben palpibar zu machen). A. WINAWER. *Cent. f. Gynäk.* 1888, n° 52. — De la valeur de l'hystérorrhaphie contre la rétroflexion de l'utérus (The Value of « Hysterorrhaphie » in the treatment of Retroflexion of the Womb). CH. CARROLL. *The Am. J. of Obst*,, p. 1249. — De la valeur du raccourcissement des ligaments ronds, etc. (The value of Alexander's operation for Shortening the Round ligaments, etc.). P MUNDÉ. *The Am. J. of Obst.*, novembre 1888, p 1121. — De la ventro-fixation de l'utérus ou hystéropexie contre la rétroflexion et le prolapsus. POZZI. *Gazette méd. de Paris*, 1888, n° 49; n° 50. — De l'extirpation des myômes sous-muqueux par la laparotomie (Zur Entfernung submucöser Myome durch die Laparotomie). FREUND. *Cent. f. Gynäk.*, décembre 1888, n° 49. — De l'utilité du cathétérisme des uretères dans les fistules uro-génitales. JACOB. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, octobre 1888, p. 435. — De quelques cas gynécologiques traités par le courant faradique (Some gynecological Cases treated by the faradic current). DAVENPORT. *The Boston Med. and Surg. J.*, octobre 1888, n° 17. — Des opérations plastiques sur le vagin (Uber plastische operationen in der Sheide). FRITSCH. *Cent. f. Gynäk.*, décembre 1888, n° 49. — Du traitement chirurgical des myômes utérins en voie de putréfaction (Zur operativen Behandlung verjauchter Uterusmyome). SIPPEL. *Cent. f. Gynäk.*, novembre 1888. n° 44. — Elimination spontanée des polypes utérins sous l'action de l'électrolyse. LA TORRE. *Arch. de Tocol.*, décembre 1888, p. 739. — Instruments pour la dilatation rapide du col de l'utérus (Instrument for the rapid dilatation of the cervix Uteri). REID. *The Brit. med. J.*, octobre 1888, p. 872. — Laparotomie exploratrice. Cancer et fibroïde (Explorative laparotomy. Carcinome and Fibroïd). NILSEN. *The Am. J. of Obst.*, novem-

bre 1888, p. 1183. — Modération de la menstruation en tant qu'agent curatif en gynécologie (Repression of menstruation as a curative Agent in Gynecolcgy). E. GEHRUNG. *The Am. J. of Obst.*, novembre 1888, p. 1138. — Note sur l'opération d'Emmet ou trachélorraphie. G. HOUZEL. *Ann. de Gyn. et d'obst.*, octobre 1888, p. 241, novembre 1888, p. 351. — Nouveau mode de colporrhaphie postérieure (New Form of Posterior Colporrhaphy). B. CRECK. *The Bost. med. and Surg. J.*, octobre 1888, n° 14. — Monstruosité unique (A unique monstrosity). B. WELLOS. *The Am. J. of Obst.*, décembre 1888, p. 1265. — Nouvelle méthode opératoire pour la restauration du périnée déchiré (A new method of operation for Restauration of the lacerated perineum). P. DUDLEY. *The Am. J. of Obst.*, décembre 1888, p. 1233. — Ovariotomie suivie de succès chez un enfant âgé de 8 ans et 6 mois (Successful case of Ovariotomy in a child eight years and six months of age). G. MACKENZIE. *The Dubl. med. J.*, octobre 1888, p. 302. — Quatrième série de trente-cinq ovariotomies. TERRILLON. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, t. XIV, p. 776. — Quelques remarques touchant l'historique et la technique opératoire de la périnéorraphie à lambeaux (Einige geschichtliche und technische Bemerkungen zur Lappenperineorraphie). SÄNGER. *Cent. f. Gynäk.*, novembre 1888, n° 47. — Résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale totale. SÉCHEYRON, octobre 1888, p. 596. — Sur la ligature en chaîne ; procédés pour placer les fils. V. WALLICH. *Ann. de Gyn. et d'obst.*, novembre 1888, p. 351. — Sur le traitement des fibromes utérins par l'électrolyse intra-utérine. DELÉTANG. *Bull. de l'Acad. de méd.*, novembre 1888, n° 43. — Sur l'incision exploratrice des parois abdominales. SNÉGUIREFF. *Arch. de Tocologie*, novembre 1888, p. 686 ; décembre, p. 727. — Trois cas d'ovariotomie (Three Cases of Ovariotomy). J. BYERS. *The Dublin med. J.*, octobre 1888, p. 298. — Une modification de l'extirpation de l'utérus par le vagin (Eine Modifikation der Uterus extirpation per vaginam). STRATZ. *Cent. f. Gynäk*, décembre, 1888, n° 50.

Utérus. — Considérations cliniques sur la métrite du col. DOLÉRIS. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, novembre 1888, p. 509. — De la métrite cervicale, étude anatomo-pathologique de l'inflammation chronique du col de l'utérus. DOLÉRIS et MANGIN. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, novembre 1888, p. 483. — De l'amputation partielle du col de l'utérus. VERNEUIL. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, t. XIV, p. 717. — Discussion sur le cancer de l'utérus. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, t. XIV, p. 761.

Troubles divers d'origine génitale. — Dysménorrhée mécanique et stérilité (Obstructive dysmenorrhæa and Sterility). H. CROOM. *The Brit. med. J.*, octobre 1888, p. 870. — Iléus après extirpation totale de l'utérus par le vagin (Ileus nach vaginaler Totalexstirpation des Uterus). REICHEL. *Zeitsch. f. Geb. und Gynäk.*, 1888, Bd XV, Hft 1, p. 37. — Superinvolution de l'utérus après la trachélorraphie (Superinvolution of the uterus following trachelorraphy). V. HARDON. *The Am. J. of Obst.*, octobre 1888.

Vagin. — Un cas d'hémorrhagie vaginale profuse après déchirure du vagin dans le coït (Ein Fall von profuser vaginalblutung nach Scheidenruptur beim coïtus). BARTHEL. *Cent. f. Gynäk.*, décembre 1888, nº 48.

Vulve. — Contagiosité de la vulvo-vaginite des petites filles. OLLIVIER. *Bull. de l'Acad. de méd.*, octobre 1888, p. 43. — Les petites lèvres et l'hymen (The labia Minora and Hymen). BALLANTYNE. *Edinb. med. J.*, novembre 1888, p. 425.

Médecine légale. — Affaire d'avortement provoqué au tribunal correctionel de Liège. CHARLES. *Journ. d'accouch. et Rev. de méd. et de chir. pratiques,* décembre 1888, nº 23. — De la valeur médico-locale du siège de la rupture spontanée du cordon ombilical. TRACHET. *Arch. de tocol.*, octobre 1888, p. 611.

Variétés. — Contribution à l'étude de la vessie pendant la puerpéralité. AUVARD. *Arch. de tocol.*, octobre 1888, p. 599. — Contribution à l'étude des mamelles surnuméraires ou supplémentaires. AUVARD. *Arch. de tocol.*, octobre 1888, p. 622. — Des aberrations du sens génésique et de l'hybridité chez les animaux. A. GOUBAUD. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, octobre 1888, p. 455; novembre, p. 492. — Emploi du vésicatoire chez les enfants. P. LE GENDRE. *Rev. pratique d'obst. et d'hyg. de l'enfance,* octobre 1888, p. 308. — Encore la question de l'auto-infection (Wieder die Lehre von der Selbstinfektion). W. THORN. *Samml. Klin. Vortr.* novembre 1888. — Étude sur le souffle gravidique extra-utérin. TRACHET. *Arch. de tocol.*, novembre 1888, p. 668. — Hygiène de l'enfance, etc. P. LE GENDRE. *Rev. pratique d'obst. et d'hyg. de l'enfance,* p. 314 ; novembre, 342. — Hygiène alimentaire des nourrices. P. LE GENDRE. *Rev. pratique d'obst. et d'hyg. de l'enfance,* novembre 1888, p. 342 ; décembre, p. 370. — Impressions maternelles (Maternal impressions). GRANDIN. *The Am. J. of Obst.*, novembre 1888, p. 1172. — L'obstétrique active

et l'obstétrique expectante. Un exemple d'expectation dans un travail lent, etc. CHARLES. *Journ. d'Accouch. et Revue de méd. et de chirurg. pratiques*, novembre 1888, n° 21. — 4e réunion annuelle de la Société italienne d'Obstétrique et de Gynécologie tenue à Naples du 3 au 8 septembre 1888 (Quarta reunione annuale della Societa Italiana di Ostetricia e Ginecologia tenuta in Napoli dal 3 all'8 Settembre 1888). *Annal. di ostet. e ginecol.*, octobre 1888, p. 446; novembre, p. 481.

VARIÉTÉS

Cours démonstratif d'Accouchements.

MM. les Drs BOISSARD et VARNIER commenceront, le *Mardi 12 Février, à 4 heures,* un cours gratuit d'Accouchements, 2, rue Casimir-Delavigne.

Ce cours sera complet en 32 leçons; aura lieu *tous les jours de 4 heures à 5 heures* et sera suivi d'exercices pratiques sur le mannequin.

On est prié de se faire inscrire d'avance à la librairie G. Steinheil, 2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, *où seront délivrées des cartes personnelles.*

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Morfinismo e gravidanza, par le Dr G. B. MARTA, de Venise.

Contributo alla storia dello sviluppo rapido di alcuni tumori durante la gravidanza, par le Dr G. B. MARTA.

Due casi di mola versicolare, par le Dr G. B. MARTA.

Cesarean section necessitated and justified by hypertrophic elongation of the cervix, par YHO S. COLEMAN.

Douze mois de section abdominale et vaginale (Twelve months of abdominal and vaginal section), par le Dr H. BYFORD.

Pyosalpingite double. Laparotomie. Extirpation des trompes utérines. Guérison. F. FRAIPONT.

Legration enginecopatia y reglas a que debe ajustarse esta operacion. A. C. TOMÉ.

Le gérant : G. STEINHEIL

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Février 1889

TRAVAUX ORIGINAUX

DE QUELQUES ANOMALIES DANS LE DÉVELOPPEMENT ET LA FONCTION DES GLANDES MAMMAIRES DE LA FEMME

Par le Dr **Otto Engström**, professeur agrégé (Helsingfors).

La structure anatomique et la fonction des glandes mammaires chez les femmes sont bien connues.

Au nombre de deux, et ayant chacune leur mamelon, elles occupent, sur la face antérieure du thorax, quand elles ont atteint leur plein développement, une région variant un peu, comprise, dans le plan vertical, entre la 3e et la 6e ou 7e côte, et s'étendant horizontalement du sternum à la ligne axillaire antérieure ; la plus grande partie en est située sur le *grand pectoral*, une petite partie aussi sur le muscle grand dentelé antérieur. A la naissance, elles ne sont qu'indiquées et s'élèvent à peine au-dessus du niveau de la peau ; mais, chez les garçons aussi bien que chez les filles, elles commencent, presque toujours, à se tuméfier, vers le 3e ou 4e jour. Ce gonflement, qui atteint son maximum du 8e au 10e jour, disparaît ensuite peu à peu, et les mamelles reprennent l'apparence qu'elles avaient à la naissance. Elles restent en cet état durant l'enfance ; avec la puberté, elles commencent, chez les jeunes filles, à s'élever et augmentent de volume. C'est

seulement alors que se forment de véritables acini. Mais elles n'atteignent leur plein développement que sous l'influence d'une grossesse et aussitôt après l'accouchement. Quand cesse la lactation, au bout d'un temps très variable, les glandes, jusque-là remplies de lait, se dégonflent, les mamelles, auxquelles le sang afflue en moins grande quantité, diminuent un peu, mais pour récupérer leur plein développement à une nouvelle grossesse. Enfin, l'âge critique et la vieillesse amènent la même atrophie définitive des mamelles que des organes de la génération.

Ces conditions anatomiques présentent quelquefois des irrégularités. Ainsi, on a constaté l'absence (amazia) ou le développement rudimentaire d'un sein ou de tous les deux, ou leur hypertrophie, l'absence de mamelon (athelia), l'existence de plusieurs mamelons au même sein (polythelia), ou de mamelles surnuméraires (polymasta ou pleiomazia), celles-ci occupant, par conséquent, une situation anormale.

Le fonctionnement des glandes mammaires est naturellement en connexion intime avec leur développement ; le caractère temporaire de leurs fonctions, l'alternance de l'activité et de repos, est quelque chose de particulier à ces organes.

Chez les nouveau-nés, filles ou garçons, le gonflement des mamelles s'accompagne de la sécrétion d'un liquide que l'analyse microscopique et chimique montre tout à fait semblable au colostrum, et qui, si l'on s'abstient d'exercer une pression, disparaît bientôt avec le gonflement des seins. Mais, abstraction faite de cette sécrétion, qu'il faut bien, avec *de Sinéty* et d'autres, regarder comme une véritable lactation, il est dans la nature des glandes mammaires, qu'elles ne commencent à fonctionner que lorsque, sous l'influence d'une grossesse, elles ont atteint leur plein développement. Ainsi, elles n'entrent en activité qu'après la conception ; cette activité atteint son maximum après l'accouchement, puis cesse, après un temps très variable, pour se réveiller à une nouvelle grossesse et parcourir de nouveau les mêmes phases.

Mais on constate aussi quelquefois des irrégularités très marquées dans ces conditions physiologiques. Il peut arriver, après une grossesse, un accouchement et des suites de couches parfaitement normales, que la sécrétion du lait fasse complètement ou presque complètement défaut (agalactia), comme elle peut être aussi d'une abondance et d'une durée anormales (galactorrhæa). Entre ces extrêmes, il y a des degrés infinis, de sorte que dans certains cas il est presque impossible de décider s'il y a véritablement anomalie. Mais, outre cela, on a observé des cas de lactation sans grossesse actuelle ou récente. Cela constitue, indiscutablement, une anomalie de fonction.

Je ne traiterai ici que de trois groupes d'anomalies du développement ou des fonctions des glandes mammaires chez les femmes :

1. *Absence ou développement rudimentaire de la mamelle.*
2. *Mamelles ou mamelons surnuméraires*
3. *Sécrétion de lait indépendante d'une grossesse.*

Je ne parlerai pas des autres anomalies, parce que je n'ai pas à leur sujet d'expérience personnelle.

1.—*Absence ou développement rudimentaire de la mamelle.*

Cette anomalie est simple ou double, selon qu'elle intéresse une des mamelles ou toutes les deux. Mais cette dernière éventualité a été très rarement observée et paraît être toujours compliquée de déformations graves du thorax incompatibles avec une existence individuelle en dehors de l'utérus. Un état rudimentaire des seins accompagne souvent l'absence ou le développement incomplet de l'utérus ou des ovaires.

L'absence de l'un des seins est plus fréquent, bien que rare aussi. Mais elle paraît aussi coïncider toujours avec d'autres difformités congénitales. *Birkett* (1) n'a constaté qu'un

(1) The diseases of the breast and their treatment. London, p. 50.

seul cas d'absence congénitale d'un des seins, qui ne fut pas associé à d'autres vices de conformation. Tantôt c'était la partie correspondante du thorax qui était incomplètement développée, tantôt l'ovaire manquait du même côté.

J'ai observé deux cas d'absence ou de développement incomplet d'un des seins. Voici ces deux observations, toutes deux de ma pratique privée :

1. Mlle Hanna V., 21 ans, Helsingfors.

Le 15 décembre 1883. La glande mammaire gauche fait entièrement défaut. Il n'existe qu'un mamelon très atrophié, et, sous la peau, un petit amas de graisse, mais si insignifiant, qu'il ne forme même pas une éminence. Du grand pectoral, il n'existe que la partie claviculaire ; la partie sternale est complètement absente. Il n'est pas possible de constater si le petit pectoral existe. Les côtes et leurs cartilages sont normalement conformés. La peau s'y adapte dans la région même où elles devraient être recouvertes par le sein gauche et la portion sternale du grand pectoral. Il n'y a pas de cicatrices dans cette région. Le sein droit est normal et bien développé. Le sujet est de petite taille, un peu chétif, mais symétriquement conformé, *abstraction faite de cette anomalie du sein*. L'appareil génital n'offre rien d'anormal. Il n'y a pas eu, que l'on sache, d'anomalies mammaires dans sa parenté.

2. Mme Sophie L., 27 ans, Helsingfors.

Le 13 juillet 1885. Le sein gauche, flasque et pendant, contient du lait. Le sein droit, au contraire, est très petit, à peine 1/5e du gauche, et ne pend pas ; le mamelon est bien développé, ainsi que l'aréole ; on constate au toucher un peu de tissu glandulaire ; la pression fait jaillir du lait par le mamelon. La portion claviculaire du grand pectoral a un développement normal, mais de la portion sternale on ne trouve que la partie supérieure, ne dépassant pas la 2e côte. Les côtes et leurs cartilages, normaux. Pas de cicatrices dans la région du sein droit. Pas d'anomalies de l'appareil génital. La malade est maigre et en état de consomption (phtisique), de taille moyenne et symétriquement conformée, sauf l'anomalie ci-dessus. Elle a mis au monde deux enfants vivants venus à terme, le second le 5 juin de cette année. Elle a allaité son premier enfant pendant trois mois avec le sein gauche ; le sein droit avait cessé de sécréter du lait une semaine après l'accouche-

ment. Elle n'a pas allaité son second enfant pour cause de faiblesse. Il n'y a pas eu à sa connaissance des cas d'anomalies mammaires dans sa parenté.

Ainsi, dans la première observation, ni l'inspection ni la palpation ne révélaient l'existence d'une glande mammaire sous le mamelon atrophié. Dans la région mammaire, la peau s'appliquait sur les côtes, les cartilages des côtes et les muscles intercostaux et n'en était séparée que par un mince pannicule adipeux ne formant pas de proéminence. La présence d'un mamelon atrophié ne prouve naturellement pas l'existence de tissu glandulaire. Cependant on ne peut, sans examen microscopique, nier absolument qu'il y en eut, fût-ce à l'état rudimentaire. On pourrait, toutefois, considérer presque comme une preuve qu'il n'y avait pas là d'éléments de glandes susceptibles de développement, le fait que le tissu glandulaire avait atteint dans l'autre sein son développement normal. En effet, on ne comprend pas comment le développement aurait pu se faire dans l'un des seins et non dans l'autre, si celui-ci eût contenu les éléments nécessaires.

Dans la deuxième observation, le tissu glandulaire du sein droit n'était qu'imparfaitement développé, et n'atteignait qu'à peine 1/5 de celui du côté gauche. Ce sein incomplet donnait pourtant du lait et en avait donné après un enfantement antérieur, pendant peu de temps, il est vrai, une semaine seulement, tandis que de son sein gauche, la mère avait pu allaiter son enfant pendant trois mois.

Qu'il s'agisse de l'absence totale ou d'un arrêt de développement d'un sein, il faut se rappeler que cette anomalie peut être congénitale ou acquise. Dans la plus tendre enfance, et surtout pendant les premiers jours de la vie, un processus inflammatoire, point du tout rare à cet âge, peut entraîner comme conséquence une destruction plus ou moins étendue, quelquefois peut-être complète du tissu glandulaire, qui alors est encore à l'état rudimentaire.

Il en peut résulter un retard ou un arrêt complet de déve-

loppement, aussi fâcheux au point de vue physiologique, que sous le rapport de la symétrie des formes. Dans les deux observations citées, il y a indubitablement vice congénital, une anomalie de développement et non pas la destruction plus ou moins complète du tissu glandulaire par un processus inflammatoire, mastite ou autre affection destructive. En effet, les deux sujets en question n'avaient aucune connaissance d'une inflammation antérieure. On ne peut pas, il est vrai, attacher beaucoup d'importance à ce détail; car la maladie aurait pu avoir lieu pendant les premiers jours de la vie des deux personnes et ne pas leur avoir été mentionnée. Mais une mastite ou toute autre maladie, assez intense pour avoir détruit tout ou partie du tissu glandulaire, aurait certainement laissé quelque trace, quelque cicatrice. Or, il n'y en avait pas. D'autre part, ce qui confirme le plus fortement ma manière de voir, c'est la coïncidence du développement incomplet du grand pectoral. Dans le premier cas, il n'en restait que la portion claviculaire. Dans le second, le défaut de développement était un peu moindre; puisque, outre la portion claviculaire tout entière, il y avait encore la partie supérieure de la portion sternale, mais les fibres musculaires s'arrêtaient à la hauteur de la deuxième côte. Ce défaut de développement du grand pectoral, constaté dans les deux cas, indique clairement un arrêt de développement des glandes mammaires survenues pendant la période embryonnaire.

A en juger par les données souvent incomplètes de la littérature médicale, il est rare, si même cela arrive jamais, que l'absence d'un sein ne soit pas accompagnée de quelque défectuosité de la moitié correspondante du thorax ou d'un arrêt de développement des organes intérieurs de la génération. Le cas qui semble le plus fréquent, c'est le dévelopement incomplet du grand pectoral ; ainsi d'une observation relatée par *Paull* (1) ; de même de mes deux observations

(1) Total absence of the left mammary gland from nondevelopment. *Lancet*, 1862, vol. I, p. 648.

citées plus haut. Dans d'autres cas, outre le développement incomplet du grand pectoral, il y avait absence de la partie antérieure des 3e et 4e côtes avec les cartilages et les muscles correspondants, de sorte qu'en cet endroit la paroi thoracique n'était formée que de parties molles. *R. Froriep* (1), relate une observation semblable : La 3e et la 4e côtes ne s'étendaient que jusqu'au bord antérieur de l'omoplate et il n'y avait de leurs cartilages qu'une faible portion attenante au sternum. Il ne restait du grand pectoral que la portion claviculaire et un petit faisceau de fibres partant du manubrium sterni. Le petit pectoral manquait complètement. Les parties (dents) du grand dentelé antérieur qui s'attachent aux 3e et 4e côtes manquaient aussi. Les muscles intercostaux faisaient défaut là où les côtes n'étaient pas développées. Une membrane tendineuse occupait la place des parties absentes et couvrait le défaut de développement de la paroi thoracique.

D'autre part *Scanzoni* (2), communique deux observations de l'absence complète d'un des seins, où l'autopsie a révélé l'absence totale de l'ovaire corespondant.

Dans mes deux observations, même dans la première, où il n'y avait pas trace de tissus glanduleux, on voyait un mamelon distinct, bien qu'atrophié. Mais le mamelon fait aussi quelquefois défaut, comme on le voit par des observations rapportées dans les publications médicales.

On a cru pouvoir établir que, dans l'absence unilatérale, l'anomalie se présentait plus souvent à droite qu'à gauche. Mes deux observations, où l'arrêt de développement était à gauche dans l'une, à droite dans l'autre, ne prouvent naturellement rien, ni pour ni contre cette assertion.

L'influence de l'hérédité a aussi été constatée dans cette

---

(1) Beobachtung, eines Falles von Mangel der Brustdrüse. L. F. v. FRORIEP. Neue Notizen aus dem Gebiete d. Natur-und Heilkunde. Bd 10. Weimar, 1839, p. 9.

(2) KIVISCH. Klin. Vorträge über spec. Pathologie u. Therapie d. Krankheiten des weib, Geschlectes. Bd III. Prag., 1853, p. 47.

anomalie. Louzier (1) cite une dame qui n'avait qu'un sein et qui légua cette défectuosité à sa fille. Geoffroy Saint-Hilaire (2) rapporte une observation semblable. Dans mes observations et dans d'autres cas connus, l'hérédité n'est pas constatée.

Les deux observations que j'ai rapportées donnent, ce me semble, une indication sur la cause à laquelle il faut attribuer l'arrêt plus ou moins complet du développement des glandes mammaires. Elles montrent en effet un parallélisme évident entre la défectuosité du sein et celle du grand pectoral. Dans le premier cas, la portion sternale manquant complètement, il y a défaut total du tissu glanduleux; dans le second, où il restait un peu de cette portion du muscle, le tissu glanduleux n'est pas absent, mais se développe incomplètement. Mais, quand le grand pectoral est incomplètement développé (que ce soit cause ou effet, peu importe), il faut que les vaisseaux sanguins qui le nourrissent soient incomplètement développés, et cela d'autant plus que le défaut de développement sera plus grand. Or, sans ces vaisseaux, qui doivent aussi fournir du sang à la glande mammaire, celle-ci ne pourra évidemment pas atteindre son plein développement. Voilà pourquoi je suis porté à voir la cause de l'arrêt de développement du sein dans une anomalie des vaisseaux sanguins, et spécialement dans un développement insuffisant des vaisseaux qui, dans les conditions normales, nourrissent les glandes mammaires.

2. — *Mamelles et mamelons surnuméraires.*

Les mamelles surnuméraires (polymastia ou pleiomazia) et les mamelons surnuméraires (polythelia) se rencontrent aussi bien chez les hommes que chez les femmes et ne sont certainement pas aussi rares qu'on l'a cru jusqu'à ces der-

(1) *Analekten f. Frauenkrankheiten.* Bd II. Leipzig, 1840, p. 313.

(2) *Analekten f. Frauenkrankheiten.* Bd IV, Leipzig, 1843, p. 155.

niers temps. C'est à cette conclusion qu'arrive aussi *Leichtenstern* (1), qui a fait une étude minutieuse de 92 observations déjà publiées et de 13 faits par lui-même.

Ces mamelles surnuméraires, qui sont généralement à l'état rudimentaire et ne causent aucun inconvénient, ne tombent, le plus souvent, sous l'observation du médecin que tout à fait par hasard, et sont souvent ignorées de la personne même qu'une nature prodigue en a douée. Rarement une mamelle surnuméraire atteint le sixième, plus rarement encore le quart de la grosseur d'une mamelle normale; c'est à peine si l'on peut dire qu'il arrive qu'elles atteignent un développement égal. *Tarnier* (2) a, il est vrai, observé un cas où deux mamelles surnuméraires, situées au-dessous des mamelles normales, étaient aussi développées que celles-ci. Mais, en règle générale, les mamelles surnuméraires restent à l'état rudimentaire.

On ne trouve alors qu'un petit mamelon atrophié, semblabe à une verrue, avec peu ou point de tissu glanduleux constatable à la palpation; l'aréole manque souvent. En cas de grossesse, il peut arriver qu'une mamelle surnuméraire devienne plus appréciable, si elle se développe plus vite pendant la gravidité. Mais ce n'est pas toujours, pas même souvent, le cas, et même alors, elle n'est le siège que d'une sécrétion insignifiante de lait. Du reste, il arrive souvent que cette sécrétion n'a pas lieu à l'occasion du premier ou même des premiers enfants, il peut encore se faire qu'elle ne se fasse jamais. Aussi comprend-on qu'une femme, qui ne consacre pas à son corps une attention particulière, puisse être profondément étonnée quand le médecin l'informe qu'elle possède une mamelle supplémentaire. Ce fut en effet le cas dans l'observation que je rapporte plus loin. Bien que la

(1) Ueber das Vorkommen und die Bedeutung supernumerärer (accessorischer) Brüste und Brustwarzen. *Wirchow's Archiv*. Bd. 73, Berlin, 1878, p. 222.

(2) P. CAZEAUX. Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. 8ᵉ édit. par *Tarnier*. Paris, 1870, p. 86.

mamelle surnuméraire sécrétât du lait sous une pression même légère, la femme elle-même n'en savait rien et n'avait jamais fait attention au petit mamelon qu'elle avait sous le sein gauche. Dans le second cas, probablement une polythélie, la femme avait bien remarqué le mamelon, mais n'en comprenait pas la nature et ne savait pas qu'il s'en écoulait du lait. Il n'y a là rien d'étonnant, car un médecin aurait très bien pu se méprendre sur la nature de ce petit mamelon, ressemblant beaucoup à une verrue ordinaire et ne recouvrant pas de tissu glanduleux appréciable. Ce fut à un examen minutieux pour constater l'aptitude de cette femme comme nourrice, que la mamelle surnuméraire fut diagnostiquée à cause du lait qu'elle sécrétait.

Lorsqu'une mamelle surnuméraire est d'une certaine grandeur, son gonflement pendant la grossesse et la formation du lait peut quelquefois causer des douleurs poignantes ou lancinantes ; ou bien encore la mamelle gonflée peut, selon la place qu'elle occupe, par exemple dans le voisinage de l'aisselle, gêner la liberté des mouvements. Il peut arriver dans ces circonstances qu'une femme soit obligée d'avoir recours au médecin. Mais ces cas paraissent fort rares. En général, les mamelles surnuméraires ne causent pas d'inconvénients plus graves que celui d'humecter le linge de la nourrice pendant l'allaitement. (*A suivre.*)

DE LA MÉNINGITE AIGUE PENDANT LA GROSSESSE

OPPORTUNITÉ DE PROVOQUER L'ACCOUCHEMENT

Par le Dr **J. Chambrelent**,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Lorsqu'une affection aiguë se manifeste chez une femme arrivée dans les deux derniers mois de sa grossesse, une question de la plus haute importance se pose toujours à l'accoucheur :

Y a-t-il intérêt à voir la grossesse interrompre son cours, et doit-on au besoin solliciter ce dénouement ?

Les accoucheurs sont aujourd'hui à peu près unanimes à conseiller en pareil cas l'expectation.

Ils appuient cette règle de conduite sur les trois appréciations suivantes :

1° La maladie aiguë de la mère, lorsqu'elle est grave, amène presque toujours l'interruption spontanée de la grossesse.

2° Le pronostic de l'affection maternelle pourrait être aggravé par une intervention opératoire.

3° Le fœtus participe généralement à l'affection maternelle et son existence est par cela même fort compromise.

Ces raisons nous paraissent très judicieuses en ce qui concerne la plupart des affections aiguës graves et particulièrement en ce qui concerne les fièvres éruptives.

Mais en est-il toujours ainsi, et cette règle doit-elle être appliquée à toutes les affections aiguës ? Nous ne le pensons pas et nous croyons, que chaque maladie, ou du moins chaque groupe pathologique, peut comporter des indications spéciales.

Nous nous proposons d'étudier aujourd'hui la question en ce qui concerne la méningite.

Cette affection, qu'elle soit de nature tuberculeuse, ou bien simplement inflammatoire n'est pas absolument rare dans l'âge adulte et on doit s'attendre à la rencontrer quelquefois chez des femmes enceintes.

Nous ne croyons cependant pas que cette question ait été étudiée jusqu'ici, du moins n'avons-nous trouvé nulle part de travail d'ensemble sur ce sujet, et c'est après bien des recherches que nous avons pu recueillir quelques rares observations de méningite survenue pendant la grossesse.

Durant le cours de nos études médicales, — il nous a été donné trois fois de rencontrer cette affection chez des femmes enceintes.

Nous avons pu non seulement en suivre avec détail les

observations, mais encore confirmer le diagnostic par l'examen nécroscopique.

Or dans ces trois cas, se rapportant à des femmes arrivées à des époques variables de la parturition, l'affection n'avait dans aucun cas paru retentir sur la grossesse; les trois femmes, étaient *mortes enceintes*, et, fait fort intéressant, le fœtus n'avait subi aucune altération, et paraissait n'avoir succombé que postérieuremeut ou peu de temps avant la mort de la mère.

Il s'agissait dans les trois cas auxquels nous faisons allusion, et dont on retrouvera l'observation plus loin, de méningites de nature tuberculeuse. C'est comme tels que nous les avons présentés au mois de juillet dernier au Congrès pour l'étude de la tuberculose.

Nous insistions dans notre communication sur l'état d'intégrité dans lequel nous avions toujours trouvé les fœtus à l'autopsie, et de ces faits nous croyons pouvoir conclure : qu'en général la méningite tuberculeuse n'interrompait pas le cours de la grossesse, que le fœtus ne paraissait pas participer à l'affection si grave de sa mère; donc si l'on venait à se trouver en présence d'une femme atteinte de cette maladie, dont on le sait le pronostic est presque absolument fatal, et que cette femme fût arrivée après le septième mois de sa grossesse, on devrait provoquer l'accouchement prématuré une fois le diagnostic bien établi, on aurait ainsi les plus grandes chances d'avoir un enfant vivant.

Nous n'avions pu à cette époque trouver dans les divers auteurs aucune observation pouvant infirmer ou confirmer nos conclusions.

Depuis, nous avons poursuivi nos recherches non seulement en parcourant les divers travaux qui paraissaient se rapporter plus ou moins directement à notre sujet, mais en consultant à ce point de vue nos maîtres et nos confrères. Nous avons pu ainsi réunir quatre observations, dont deux inédites, de femmes atteintes pendant leur grossesse de méningite soit inflammatoire, soit tuberculeuse, qui toutes ont

succombé rapidement, mais qui toutes ont donné naissance à des enfants vivants. Chez l'une d'elles l'accouchement s'est fait spontanément quelques heures avant la mort. Chez deux autres on a fait l'accouchement forcé *in extremis*, enfin chez une quatrième, c'est à l'opération césarienne *post mortem* qu'on a dû avoir recours : l'enfant est bien venu vivant, mais a succombé au bout de quelques heures.

Ces observations paraissent devoir nous confirmer dans notre opinion, et nous croyons qu'en présence d'une femme arrivée dans les deux derniers mois de sa grossesse, c'est-à-dire à l'époque où l'enfant est considéré comme viable, cette femme étant atteinte d'une méningite, une fois ce diagnostic bien établi, on ne doit pas hésiter à provoquer l'accouchement.

En effet, on ne devra pas compter sur l'accouchement spontané qui n'aura généralement pas lieu avant la mort de la mère (une fois sur sept observations).

On ne pourra craindre d'assombrir le pronostic de l'affection de la mère puisque ce pronostic est presque absolument fatal.

Enfin l'enfant n'ayant jamais paru participer à la grave affection maternelle, on aura ainsi les plus grandes chances de le voir naître vivant.

Une objection pourrait être faite à cette manière de voir en ce qui concerne la méningite tuberculeuse. On a avancé en effet que la diathèse tuberculeuse était transmissible au fœtus, et qu'il y aurait alors peu d'avantages à faire naître un enfant vivant qui succomberait quelques jours après.

Nous répondrons à cela par des arguments de plusieurs ordres :

1° Étant donnée une méningite, il est souvent très difficile de dire, souvent même impossible avant la nécropsie, si cette méningite est ou n'est pas de nature tuberculeuse.

2° La transmission fatale de la diathèse tuberculeuse de la mère au fœtus ne nous paraît pas encore suffisamment établie.

On verra dans notre seconde observation, qui se rapporte à une femme qui non seulement avait de la méningite tuberculeuse, mais qui avait en même temps de la tuberculose généralisée, que non seulement le fœtus ne présentait pas la moindre trace de tubercules, mais que des inoculations faites, avec des fragments de ce fœtus, sont restées négatives.

3° Enfin même en serait-il ainsi, nous ne croyons pas que le médecin ait le droit d'escompter l'avenir, et son premier devoir doit être de sauver, quand il le peut, les existences qui lui sont confiées.

Nous allons donner d'abord le résumé des observations qui nous sont personnelles ; comme on le verra dans les deux premières la grossesse était trop peu avancée pour que l'on pût songer à provoquer l'accouchement, mais ce sur quoi nous avons voulu insister, c'est d'abord le peu de retentissement qu'a eu la maladie sur l'utérus, et ensuite l'état d'intégrité du fœtus. Dans la troisième observation, où la grossesse était arrivée au commencement du septième mois, un accouchement provoqué aurait peut être permis d'avoir l'enfant vivant.

Obs. I (Recueillie dans le service de M. le professeur Picot) (1). — Marguerite P..., 18 ans, native de Foix, domestique à Bordeaux depuis quelques mois.

Pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille. Elle-même jusqu'à ces derniers temps s'est toujours bien portée.

Trois mois avant son entrée à l'hôpital elle avait été séduite et était devenue enceinte. A partir de cette époque on constate un changement complet dans le caractère de cette fille, qui d'heureux et jovial était devenu subitement sombre et taciturne. Quelque temps après, maux de tête violents et vomissements, ce qui détermine son entrée à l'hôpital Saint-André de Bordeaux le 14 mars 1881.

Nous constatons ce jour l'état suivant :

(1) Cette observation a été publiée par nous dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, en 1881.

État complètement apyrétique. Tempér. 37°,5, pouls 80. L'auscultation ne révèle rien d'anormal du côté des organes thoraciques. L'abdomen est tendu. Le palper abdominal permet de sentir l'utérus remontant de quelques travers de doigt au-dessus de la symphyse du pubis. Le toucher vaginal permet de constater que le col utérin est en partie ramolli.

On porte le diagnostic de vomissements du début de la grossesse et la malade est laissée en observation.

Mais, dès le lendemain, la malade est prise de délire. On constate en même temps une dilatation très marquée des deux pupilles, s'accompagnant de photophobie intense. Enfin les maux de tête et les vomissements persistent. Cet état continue pendant deux jours, puis un mieux sensible se manifeste, le délire cesse, les troubles oculaires diminuent; en somme il paraît y avoir une grande amélioration dans l'état de la malade, mais cet état de mieux passager ne fait que confirmer le diagnostic que nous avons porté de méningite tuberculeuse.

Quelques jours après, le 23 mars, la malade est reprise de délire, elle se plaint de diplopie, ne reconnaît plus les personnes qui l'entourent. L'état va ainsi s'aggravant jusqu'au 29, époque à laquelle la malade succombe, sans avoir présenté aucun phénomène du côté de l'utérus, ni contractions, ni pertes d'eau ou de sang.

Autopsie le lendemain. Pas de traces de tubercules dans les poumons, ni dans les autres organes thoraciques ou abdominaux.

Le cerveau présente les lésions suivantes : infiltration de pus concret au niveau du chiasma des nerfs optiques et des tubercules quadrijumeaux. Nombreuses granulations tuberculeuses sur les méninges, granulations qui sont particulièrement développées le long des petits vaisseaux dépendant de l'artère sylvienne.

Épanchement abondant intra-ventriculaire et ramollissement à peu près complet du septum lucidum et du bord inférieur du corps calleux. Le ramollissement s'étend, quoique d'une façon moins accusée, à la couche optique et au corps strié. L'utérus a la forme sphérique et le développement du troisième mois de la grossesse. Le col en partie ramolli a encore toute sa longueur. Les membranes de l'œuf sont absolument intactes. Le liquide amniotique, en quantité normale, est parfaitement transparent. Dans l'intérieur on aperçoit le corps du fœtus qui a bien son développement normal de trois mois et qui est en parfait état de conservation.

En résumé, cette observation nous montre une femme atteinte de méningite tuberculeuse ayant succombé avec des lésions les plus graves du cerveau, et dont l'utérus gravide de trois mois n'a paru nullement subir l'influence de cette affection.

OBS. II (PERSONNELLE) (1). — (Aussi recueillie dans le service de M. le Prof. Picot, en 1885.)

Une jeune femme d'une vingtaine d'années, enceinte pour la première fois et arrivée au sixième mois de sa grossesse, entre à l'hôpital le 26 octobre, se plaignant de céphalalgie violente, accompagnée d'une perte rapide des forces, si bien que depuis deux jours la malade était incapable de se tenir debout.

Pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille. Elle-même a toujours joui d'une bonne santé pendant sa jeunesse, mais a fait à deux reprises différentes des chutes graves sur la tête.

Fièvre intense ; pouls, 110 pulsations ; température 39°,4. Langue saburrale, mais humide. — Constipation.

L'auscultation de la poitrine permet de constater les signes incontestables de tuberculose dans les deux poumons. Contraction marquée des muscles de la région postérieure du cou.

Du côté de l'abdomen on constate le développement de l'utérus qui dépasse de plusieurs travers de doigt le niveau de l'ombilic. L'auscultation permet de constater d'une façon très nette l'existence des battements du cœur du fœtus. Ces divers signes permettent à M. le Prof. Picot de porter le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Les jours suivants la marche de la maladie vint confirmer le diagnostic. L'état devint de plus en plus grave, la malade ne tarda pas à tomber dans le coma et succomba le 5 novembre, c'est-à-dire dix jours après son entrée à l'hôpital.

Pendant la durée de la maladie nous avons eu occasion d'ausculter avec soin l'utérus et nous avons pu constater d'une façon très nette les battements du cœur du fœtus jusqu'au 2 novembre, c'est-à-dire trois jours avant la mort ; à partir de ce moment il ne

(1) Cette observation fait le sujet d'une clinique de M. le Dr PICOT, qui a été publiée dans la *Gazette médicale de Bordeaux*, 1885.

nous a plus été donné de les percevoir, mais il est vrai de dire que la malade était alors dans un état comateux et avait une respiration stertoreuse très bruyante qui gênait absolument l'auscultation de l'abdomen.

Le lendemain de la mort, autopsie.

Les organes thoraciques sont sérieusement atteints par la tuberculose.

Le poumon gauche est dur au toucher et crépite dans toute son étendue, mais la coupe le montre farci du haut en bas d'une énorme quantité de granulations tuberculeuses.

Le poumon droit présentait les mêmes lésions.

Le cœur est mou et présente une teinte feuille-morte manifeste.

Le foie est sain.

La rate est volumineuse et farcie de granulations tuberculeuses.

Dans chacun des reins on trouve aussi un certain nombre de granulations tuberculeuses siégeant dans la substance corticale.

Les lésions encéphaliques sont surtout importantes à noter :

Les méninges sont très congestionnées.

Le chiasma des nerfs optiques, l'espace perforé antérieur, l'espace perforé postérieur, sont englobés dans un magma purulent de coloration jaune verdâtre. Les artères sylviennes sont englobées dans une masse adhérente au milieu de laquelle on aperçoit de nombreuses granulations tuberculeuses.

Enfin l'intérieur du cerveau présente aussi les lésions ordinaires de la méningite tuberculeuse.

Les ventricules latéraux sont remplis par un épanchement limpide, incolore et abondant. Le sceptum lucidum a presque complètement disparu, il est réduit à l'état de bouillie.

L'ouverture de l'abdomen permet de constater que le péritoine est sain. L'utérus de forme ovoïde a son développement normal du sixième mois de la grossesse. En l'ouvrant on constate que l'œuf est intact, le liquide amniotique en quantité un peu supérieure à la normale est absolument limpide. Le corps du fœtus est en état parfait de conservation et ne présente pas le moindre début de macération. Nous avons fait sur le corps de ce fœtus des recherches au point de vue de l'existence de la tuberculose. Les divers organes ont été examinés avec soin et ne présentaient à l'œil nu aucune lésion pouvant être rapportée à la tuberculose. Des recherches histologiques ont été faites sur ces divers organes par notre ami

M. le D[r] Ferré, alors chef des travaux histologiques, et n'ont révélé la présence d'aucun bacille de la tuberculose.

Enfin nous avons nous-même inoculé à un lapin un morceau de foie et un morceau de poumon de ce fœtus, tandis qu'en même temps un autre lapin était inoculé avec une certaine quantité de poumon de la mère. Ces deux animaux ont été sacrifiés au bout de quelques semaines devant la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, et nous avons pu constater que tandis que l'inoculation s'était montrée positive chez le lapin qui avait reçu un morceau de poumon de la mère, elle était absolument négative pour le lapin qui avait été inoculé avec les organes du fœtus.

Ces résultats nous paraissent intéressants à signaler, aujourd'hui qu'il est bien démontré que le placenta n'est pas, comme on l'avait cru jusqu'à ces derniers temps, une barrière infranchissable au passage des éléments figurés.

En résumé, comme dans l'observation précédente, nous avons pu constater qu'une méningite tuberculeuse ayant amené chez la mère les plus graves lésions du côté du cerveau, n'avait pas entraîné l'avortement. Que, de plus, si la mort du fœtus avait précédé celle de la mère, elle l'avait précédée de fort peu, puisqu'il ne présentait aucune trace de macération.

Enfin, malgré la généralisation presque complète de la tuberculose chez la mère, le fœtus nous a paru indemne.

Obs. III (personnelle). — Il s'agit encore d'une jeune femme enceinte pour la première fois, que j'ai pu observer dans le service de M. le professeur Pitres, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Cette jeune femme arrivée au septième mois de sa grossesse, entre à l'hôpital, se plaignant de violents maux de tête et de vomissements; quelques jours après se montrèrent des phénomènes nerveux et des troubles oculaires, qui firent porter sans hésitation le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Quand je fus appelé à voir cette malade, elle était déjà dans la période ultime et ne répondait plus aux questions qu'on lui adres-

sait. Mon attention se porta du côté de l'utérus. Cet organe était développé comme au septième mois de la grossesse, le palper abdominal permettait de constater l'existence d'un fœtus en présentation du sommet et en position occipito-iliaque droite. L'auscultation permet d'affirmer que le fœtus est vivant et qu'il ne paraît pas souffrir.

Pendant trois jours il m'a été donné de suivre cette malade, et je n'ai pu constater, du côté de l'utérus, ni contraction, ni perte de liquide pouvant faire songer à un début de travail. Pendant tout ce temps, j'ai pu entendre d'une façon très nette les battements du cœur du fœtus.

La malade a succombé le lendemain de mon dernier examen.

Autopsie par le Dr André Moussous. — Existence de quelques tubercules au sommet des poumons. Dans le cerveau, les lésions classiques de la méningite tuberculeuse.

Du côté de l'utérus on ne constate pas d'effacement du col, les membranes de l'œuf sont intactes, le liquide amniotique n'est nullement altéré. Enfin le fœtus, en parfait état de conservation, ne paraît à l'œil nu présenter aucune lésion tuberculeuse. Il n'a pas, dans ce cas, été fait de recherches histologiques ni d'inoculations.

Comme dans les deux observations précédentes on voit que dans cette dernière, la méningite n'a pas paru non plus influencer la grossesse, ni le produit de la conception.

Voici maintenant les observations de méningite aiguë survenue pendant la grossesse que nous avons pu rassembler.

La première est simplement signalée dans un compte rendu de la clinique obstétricale de la faculté libre de Lille, publié par M. le Dr Eustache, dans les *Archives de tocologie*, 1881.

Nous y lisons simplement ceci :

« Une femme atteinte de méningite aiguë succomba quelques instants après son entrée à la Maternité. Elle était enceinte de sept mois ; l'opération césarienne pratiquée immédiatement après sa mort, amena un enfant qui vécut pendant près de trois quarts d'heure et put être baptisé » (1).

Toutes les recherches que nous avons pu faire pour retrou-

(1) *Arch. de tocologie*, 1881, p. 645.



ver les détails de cette observation sont restées vaines, mais elle n'en est pas moins intéressante dans son laconisme, puisque nous y retrouvons : la persistance de la grossesse malgré l'affection entraînant la mort de la mère, et la survie de l'enfant.

La seconde observation due à Hecker est rapportée dans la thèse d'agrégation de Gaulard (1). Elle est particulièrement intéressante et nous croyons devoir la reproduire ici :

Le 22 février 1860 entre à la clinique une personne de 30 ans, enceinte pour la deuxième fois, et au neuvième mois de la grossesse.

Après une couche régulière, elle fut prise en février 1854 de manie puerpérale, et comme le traitement à domicile n'apporta aucun amendement dans l'état de la malade, elle fut transférée dans un asile d'aliénés, d'où elle sortit après y avoir passé une année entière, le 9 mai 1855.

Cette guérison fut réelle puisque dans le cours des années suivantes il ne se déclara aucune rechute.

D'après sa déclaration, elle serait redevenue enceinte le 29 juin 1859 et s'est bien portée jusqu'en janvier 1860 ; mais en février se déclarèrent des symptômes qui firent appréhender un retour de la maladie mentale, c'est alors que la malade fut reçue à la Maternité.

La malade était agitée, se plaignait de violents maux de tête, mais on ne put, du reste, découvrir aucun signe d'affection organique ; à partir du 26 février il se déclara un peu de délire, de la fièvre, enfin la matrice semblait se contracter par moments. Le 1er mars, le pouls s'accéléra au point de ne pouvoir plus être compté, le délire devint tranquille, le visage hippocratique, et la mort parut prochaine. On songea à sauver l'enfant qui fut extrait vivant par le moyen de l'accouchement forcé.

Après l'accouchement le pouls diminua un peu de fréquence, mais il se déclara un état de collapsus qui ne céda à aucun des moyens mis en usage. La mort survint au bout d'une heure.

L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après. On trouva une forte injection des vaisseaux de la dure-mère, pas d'ostéophytes ; glandes de Pacchioni nombreuses et saillantes, tubercules miliaires

(1) GAULARD. Thèse d'agregation, 1880, p. 154.

nombreux sur l'arachnoïde, principalement dans les fosses de Sylvius; épanchement séreux dans les ventricules; substance cérébrale ramollie; tubercules miliaires dans les poumons, et quelques-uns dans le côlon, ulcères.

Dans cette observation, on le voit, il s'agissait manifestement d'une méningite aiguë de nature tuberculeuse; comme dans toutes les observations précédentes, cette grave maladie n'a pas déterminé le travail de l'accouchement, et enfin le fœtus a pu être extrait vivant à la période agonique de la maladie.

La troisième observation a fait le sujet d'une leçon clinique de M. le Prof. Budin, en 1887. Il a bien voulu nous remettre sur la malade les quelques notes suivantes encore inédites.

Le 8 décembre 1887 fut apportée dans le service d'accouchement de la Charité, une femme enceinte d'environ huit mois, avec le diagnostic : Éclampsie.

Cette femme avait une fièvre intense, la température axillaire s'élevant à 39°,7, le pouls battait 152 à la minute, il y avait du délire.

M. Budin porta le diagnostic de méningo-encéphalite.

Le lendemain, 9 décembre, la température axillaire s'élève à 41°. Le pouls est à 160. La respiration à 60. Délire. Agitation extrême qui nécessite l'emploi de la camisole de force.

L'enfant est vivant. On agita la question de l'accouchement prématuré, mais on y renonça en raison de l'agitation présentée par la malade.

Le 10 décembre dans la matinée la femme accouche spontanément d'un enfant vivant, bien constitué et pesant 2740 gr.

Il y eut une hémorrhagie d'environ 1600 gr. au moment de la délivrance, et quelques heures après la malade succombait.

L'enfant a continué à vivre et est sorti du service au bout de six jours en parfaite santé.

L'autopsie de la mère a permis de constater qu'il s'agissait bien d'une méningo-encéphalite aiguë, sans traces de tubercules.

Dans cette observation, contrairement à ce que nous avons

observé dans les précédentes, l'accouchement spontané a précédé la mort de la mère de quelques heures, ce qui peut en partie s'expliquer par l'élévation considérable de la température (41°), élévation qui n'est généralement pas la règle dans la méningite. Mais le fait intéressant est celui de la naissance d'un enfant vivant et en parfaite santé.

Enfin une quatrième observation encore inédite nous a été communiquée par notre ami M. le Dr Valentin, de Nantes. Elle a été recueillie à l'Hôtel-Dieu de Nantes, par M. Voyer, interne des hôpitaux.

La femme W...., âgée de 39 ans, exerçant la profession de ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 16 juillet 1887.

L'état dans lequel nous avons trouvé la malade, ne nous a pas permis de relever avec détail ses antécédents. Nous avons su seulement par son mari, qu'elle avait eu cinq ans auparavant une première grossesse qui s'est parfaitement terminée ; l'enfant vit et est en bonne santé.

Au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, cette femme est au neuvième mois de sa grossesse, qui jusqu'à ce moment n'avait présenté aucun accident.

Elle est entrée à la Maternité le 16 juillet, étant déjà malade depuis quelques jours.

Au moment de son entrée elle était fort abattue et avait en même temps du délire.

Elle avait été envoyée avec le diagnostic : Éclampsie. Elle avait eu, paraît-il, quelques convulsions.

La température vaginale était de 40°,3.

Il y avait de la diarrhée.

En présence de ces symptômes le diagnostic de fièvre typhoïde fut porté, et la malade fut transférée le 18 juillet dans un service de médecine.

C'est là que nous la voyons pour la première fois à la visite du matin.

La malade n'est pas très abattue et n'a pas précisément le faciès typhique.

Elle se plaint d'un violent mal de tête, léger délire.

La langue est blanche, non fuligineuse. Pas de taches rosées lenticulaires. Albumine dans l'urine. Pas d'œdème.

L'auscultation des poumons ne révèle rien.

Souffle au 1er temps à la base du cœur.

Pouls plein et dur, ce qui détermine notre maître, M. le Dr Berneaudeaux, à pratiquer une saignée de 250 gr.

L'utérus a son développement normal du terme de la grossesse. L'auscultation permet d'entendre nettement les bruits du cœur du fœtus.

Température vaginale : matin, 39° ; soir, 40°,3 ; on ordonne une potion avec 4 gr. de bromure de potassium et 1 gr. de poudre de musc.

Le 19 juillet. L'état typhique paraît plus accentué. Cependant M. le Dr Berneaudeaux fait des réserves au sujet du diagnostic. Il nous dit en considérant la malade : c'est une scène cérébrale, mais il ajoute que rien cependant ne permet de diagnostiquer de lésion cérébrale.

Pas de convulsions. Délire calme. Malgré cet état grave, rien ne faisait prévoir un dénouement fatal.

Tout à coup, vers quatre heures du soir, elle tomba dans un coma profond, dont elle ne sortit pas, car on peut dire que l'agonie commença dès ce moment, et elle mourut deux heures après.

Pendant l'agonie le col de l'utérus s'était en partie dilaté. Au dernier moment on fit l'accouchement forcé.

Quelques incisions furent faites sur le col et permirent d'appliquer le forceps.

L'enfant naquit vivant et en bon état. Il fut placé à la crèche et mourut d'athrepsie le 2 septembre, c'est-à-dire à un mois et demi.

Autopsie. — L'autopsie a été faite trente-sept heures après la mort.

Aucune lésion intestinale.

Foie gras et augmenté de volume.

Reins congestionnés et volumineux, surtout le gauche qui pèse 230 gr.

L'utérus ouvert montre le placenta inséré sur la paroi postérieure, et les membranes non décollées.

Poumons et cœur sains.

Mais c'est dans le cerveau que se concentre tout l'intérêt de l'autopsie.

L'ouverture de la boîte crânienne nous a montré que la malade

était morte de *méningite*, sans cependant nous faire saisir les causes immédiates de cette méningite.

Nous constatons d'abord une congestion très intense de l'ensemble des méninges. En outre sous l'arachnoïde, sur l'hémisphère cérébral droit, au niveau de la moitié supérieure de la pariétale ascendante, et de la moitié postérieure de la première frontale, et sur l'hémisphère gauche au niveau des parties supérieures des pariétales et frontales ascendantes et sur la première frontale, nous apercevons des plaques de pus jaunâtre extrêmement concret.

Nous retrouvons ce pus, en nappe moins épaisse, sur toute l'étendue de la face inférieure du cervelet. Il ne s'étend pas sur le bulbe, ni dans le quatrième ventricule. Les ventricules latéraux contiennent un liquide séro-purulent, plutôt que du pus véritable.

Une particularité à noter, c'est que le pus forme des plaques bien circonscrites, nettement comprises entre la pie-mère et l'arachnoïde ; ces plaques purulentes peuvent être facilement enlevées en leur conservant leurs formes. Sous elles, comme sur les autres parties du cerveau, la pie-mère peut être facilement détachée de la substance cérébrale, qui ne paraît présenter nulle part le plus léger degré d'encéphalite. Cette substance cérébrale présente à la coupe sa coloration normale.

La base du cerveau est absolument indemne ; les nerfs crâniens qui en émanent ne présentent aucune lésion ; les scissures de Sylvius et le chevelu artériel qu'elles contiennent sont sains.

Rien du côté de la boîte crânienne.

Il n'a pas été fait d'examen de la moelle.

Ainsi donc : méningite aiguë bien nette, accouchement forcé in extremis, et naissance d'un enfant vivant.

En résumé, nous avons pu rassembler sept observations de méningite aiguë survenue pendant la grossesse.

Sur ces sept cas, nous voyons que six fois l'accouchement ne s'est pas fait spontanément, une seule fois il a eu lieu quelques heures avant la mort de la mère.

Toutes le fois qu'il n'y a pas eu de tentatives d'extraction, l'autopsie a démontré que le fœtus ne présentait aucune altération. Enfin toutes les fois qu'on a tenté d'extraire l'enfant, on a pu l'obtenir vivant.

Nous croyons donc devoir conclure : que toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une femme arrivée après le septième mois de sa grossesse et qu'on aura pu établir le diagnostic de méningite, il y aura lieu de provoquer l'accouchement prématuré avant la mort de la mère, et qu'on aura ainsi de grandes chances d'avoir un enfant vivant.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES FAUX POLYPES DE L'UTÉRUS

Par Mme le Dr **Anna Klasson** (de Kiew).

I. — INTRODUCTION

Les tumeurs pédiculisées de l'utérus auxquelles on donne le nom de polypes sont divisées d'une façon généralement admise en polypes fibreux et muqueux, appartenant tous les deux à la catégorie des tumeurs bénignes, ne récidivant pas après l'ablation.

Les *polypes fibreux* qui ne sont autre chose que des fibro-myômes sous-muqueux pédiculisés sont formés par des fibres musculaires lisses et du tissu conjonctif, avec prédominance tantôt de l'un, tantôt de l'autre tissu.

Leur siège de prédilection est le corps de l'utérus. Cependant ils peuvent se rencontrer aussi sur le col, quoique beaucoup plus rarement : d'après Schrœder (1), sur 100 fibromyômes de l'utérus 8,1 seulement appartiennent au col.

Les *polypes muqueux* se forment aux dépens de la muqueuse de l'utérus. Leur point de départ se trouve, le plus souvent, dans les végétations ou granulations de l'endométrite fongueuse.

Leur siège de prédilection est le col. Cependant quelques gynécologistes, entre autres de Sinéty (2), admettent qu'il

(1) SCHRŒDER. *Mal. des org. gén. de la femme.* Trad. LAUWERENS et HERTOGHE, Bruxelles, 1886.

(2) DE SINÉTY. *Man. prat. de gynécol.* Paris, 1879.

s'en forme aussi sur le corps de l'utérus, où ils revêtent des caractères spéciaux. Schrœder, tout en n'admettant que les polypes muqueux du col, parle d'une troisième variété de polypes bénins qu'il appelle adénomes ; or, d'après Cornil et Ranvier (1), les polypes muqueux ne sont que des adénomes. En effet, quand on compare la description que donne Schrœder des adénomes, avec celle que fait de Sinéty des polypes muqueux du corps de l'utérus, on voit qu'elles concordent bien ensemble. Pour Schrœder (2) : « L'adénome peut affecter la forme de polypes, soit que les végétations nouvelles se détachent de la muqueuse sous forme de polypes, soit qu'il se forme des polypes longs, à surface lisse, digitiformes constitués par des glandes distendues dans le sens de leur longueur. Dans d'autres cas cependant le polype adénomateux est muni d'un pédicule ferme et fibreux. aux ramifications duquel se rattachent des glandes normales ou transformées en kystes ».

De Sinéty (3) décrit ainsi les polypes muqueux du corps de l'utérus : « On trouve au milieu d'un tissu conjonctif plus ou moins riche en éléments cellulaires, un amas de glandes hypertrophiées et de néoformations glandulaires revêtues d'un épithélium cylindrique, souvent à cils vibratiles ». Dans l'un et dans l'autre cas il s'agit de glandes hypertrophiées qui sont en effet la base de tout polype muqueux. Ainsi les polypes muqueux typiques du col sont constitués par des glandes hypertrophiées et transformées en petits kystes : on trouve leur type le plus simple dans les œufs de Naboth. Les polypes glandulaires, folliculaires, kystiques, vasculaires décrits par les auteurs, ne sont, d'après de Sinéty, que des polypes muqueux dans lesquels, ou bien les glandes sont plus ou moins nombreuses, dilatées, transformées en kystes, ou bien les vaisseaux ont un développement prépondérant.

(1) CORNIL et RANVIER. *Manuel d'hist. path.* Paris, 1884.

(2) SCHRŒDER. *Loc. cit.*, p. 291.

(3) DE SINÉTY. Art. *Utérus* du Dict. enc. d. sc. méd., v. 103.

Même l'hypertrophie folliculaire des lèvres du col décrite par Schrœder pourrait rentrer dans cette catégorie, car la participation du parenchyme du col n'est pas nécessaire, et quand elle a lieu, elle n'arrive que tardivement, comme conséquence de l'irritation.

Mais outre ces vrais polypes, il y a toute une série de productions pathologiques qui peuvent se former dans l'utérus dans des conditions spéciales et donner lieu à tous les symptômes des polypes, sans cependant être de vraies tumeurs dans le sens que comporte la définition de ce mot. Leur structure est complètement différente de celle des vrais polypes : ils prennent naissance dans l'utérus puerpéral, aux dépens de débris du produit de conception après une délivrance incomplète, ou bien simplement aux dépens des caillots sanguins qui se déposent sur un endroit de la plaie utérine, après une délivrance complète. On comprend en effet que l'utérus dans l'état de gestation offre une vascularisation si énorme qu'il puisse servir merveilleusement bien à la greffe ou à la nutrition de productions qui autrement devraient être fatalement éliminées. Ces polypes obstétricaux sont ordinairement traités dans les livres d'obstétrique sous le chapitre : hémorrhagies dans les suites de couches. Mais ce qui leur donne un intérêt particulier, c'est qu'ils peuvent rester pendant un certain temps à l'état latent, pour ainsi dire, et ne donner l'éveil que longtemps après l'accouchement ou l'avortement. Leurs symptômes peuvent se manifester dans certains cas des semaines et des mois après que les couches se sont terminées d'une façon en apparence normale. C'est surtout ce qui a lieu fréquemment après l'avortement, comme cela résulte de nombreux cas cités dans la litérature et comme nous-même en rapporterons plus loin des exemples.

L'apparition tardive des symptômes peut masquer complètement la nature de ces faux polypes, c'est pourquoi ils devraient être pris en considération tout autant que les vrais, quand il s'agit de diagnostiquer la nature d'un polype utérin.

Supposons en effet qu'une femme se plaigne d'hémorrhagies et qu'on constate l'existence d'un polype de l'utérus. Or, cette femme a eu un avortement il y a quelque temps. Il faut donc résoudre la question : l'avortement a-t-il été causé par ce polype passé jusque-là inaperçu (Scanzoni) (1) cite un cas où un polype de la grandeur d'un œuf de pigeon provoqua sept avortements en 18 mois), ou bien est-ce l'avortement qui a donné lieu à la production d'un faux polype ? Évidemment, dans beaucoup de cas, il n'y aura que l'examen microscopique qui pourra décider.

La question de la consistance différente, sur laquelle on s'est appuyé pour le diagnostic différentiel de ces deux espèces de polypes ne peut pas donner des indications bien précises : quelle gradation n'y a-t-il pas, en effet, entre un polype fibreux ramolli, un polype muqueux glandulaire et enfin un polype muqueux kystique, pour ne pas trouver à placer également les faux polypes entre ces extrêmes ?

Le *siège* ne donne pas non plus de certitude : Quoique le point d'implantation des faux polypes soit ordinairement à l'endroit d'insertion du placenta, d'un côté, ce dernier peut être très variable ; d'un autre côté, nous voyons déjà Rokitansky (2) invoquer la possibilité des grossesses cervicales, où la caduque sérotine faiblement développée s'allonge peu à peu et permet enfin la descente de l'œuf jusque dans le col : un avortement dans ce cas pourrait donner lieu à un polype fibrineux sur un pédicule fixé au col.

L'état du col fournirait d'après Schrœder (3) un élément sûr de diagnostic. en ce sens que, au lieu de se fermer dans les premiers jours qui suivent l'accouchement ou l'avortement, il resterait ouvert et mou. Malheureusement ce n'est pas toujours le cas, comme nous le verrons dans le cours de ce travail.

Nous allons passer à la description de ces faux polypes.

(1) SCANZONI. *Lehrb. der Geburtsh*, *Wien*, 1855, p. 366.

(2) ROKITANSKY. *Zeitschr. d. Ges. d. Wien. Aerzte*, 1860, n° 33.

(3) SCHRŒDER, *Lehrb. d. Geburtsh*. 1874.

II. — POLYPES FIBRINEUX

Les polypes fibrineux se forment aux dépens de caillots sanguins se déposant, dans le cas le plus simple, sur les thrombus qui oblitèrent les sinus utérins après la délivrance. Après le décollement du placenta l'utérus se rétracte, les sinus utérins béants s'oblitèrent par thrombose. Une partie de ces sinus, d'après Friedländer (1) est déjà oblitérée dès le 8e mois, par la pénétration dans leur intérieur des cellules géantes de la caduque qui y provoquent la formation d'un thrombus ; celui-ci s'organise plus tard par la prolifération des tuniques conjonctives du vaisseau : c'est ce qu'il appelle la thrombose spontanée des sinus utérins.

Ces thrombus font saillie dans la cavité utérine, ce qui fait que l'endroit de l'insertion placentaire présente un aspect rugueux encore longtemps après l'accouchement : il peut être reconnaissable parfois encore au bout de quatre mois. Petit à petit les thrombus s'organisent, l'oblitération des vaisseaux devient définitive, la muqueuse se régénère ici comme ailleurs aux dépens des culs-de-sac glandulaires et le point d'insertion du placenta devient semblable au reste de la muqueuse.

Dans certains cas les thrombus formés sont un peu plus grands, plus saillants que d'ordinaire ; du sang coagulé se dépose dessus, se mêle avec eux ; le tout persiste, au lieu de se résorber ou d'être éliminé et forme un polype fibrineux.

Ces formations pourraient être en quelque sorte comparées aux soi-disant polypes du cœur qui ne sont autre chose que des masses thrombotiques. Il est vrai que la formation d'un thrombus dans une cavité épithéliale communiquant avec l'extérieur pourrait sembler à première vue un non sens ; mais d'un côté la cavité de l'utérus puerpéral avec tous ses sinus béants ressemble singulièrement à une lacune san-

(1) FRIEDLAENDER. *Arch. f. Gyn.* 1876.



guine ; et d'un autre côté nous avons vu que Bizzozero (1), a réussi à obtenir des thrombus sur des lames porte-objets, avec du sang dilué hors des vaisseaux de l'animal. Mais nous ne voulons pas entrer ici dans les détails de l'anatomie pathologique de la thrombose (2).

Schrœder admet que la paralysie du point placentaire, ce dernier ne participant pas aux contractions de l'utérus et faisant saillie dans sa cavité, peut jouer le rôle de cause prédisposante à la formation de ces polypes fibrineux.

D'autres fois ce sont des débris du chorion restés dans l'utérus qui servent de point de départ aux polypes fibrineux, en se recouvrant de couches stratifiées de sang coagulé, et alors on aura un polype fibrineux avec pédicule formé par les villosités du chorion.

Enfin le dépôt de sang coagulé peut se faire sur un lambeau de caduque resté dans l'utérus (Cohnstein) (3), (Charpentier) (4), ou autour d'un débris du placenta; dans ce dernier cas la différence entre un polype fibrineux et un polype placentaire ne sera qu'une question de degré : si le pédicule seul est formé par du tissu placentaire et la plus grande masse du polype par des couches de sang coagulé on aura affaire à un polype fibrineux ; si la plus grande masse du polype est formée de tissu placentaire recouvert superficiellement d'une couche de fibrine, on parlera d'un polype placentaire ; et si les deux tissus concouraient à peu près dans la même proportion à la formation de la tumeur, on pourrait parler d'un polype fibrino-placentaire.

Les polypes fibrineux peuvent présenter des degrés très différents de développement. Tantôt ils ne présentent que de légères saillies sur le fond de l'utérus : c'est probablement dans cette catégorie que doivent rentrer les végétations

---

(1) BIZZOZERO : *Di un nuovo elem. morf. del sangue.* Milano, 1883.

(2) Voir pour cela : ZAHN. *Rev. méd. de la Suisse romande*, janvier 1881. EBERTH et SCHIMMELBUSCH. *Die Thr. nach Vers. u. Leich. gesch.* 1888.

(3) COHNSTEIN. *Grundriss d. Geburtsh.* Berlin, 1885

(4) CHARPENTIER. *Traité prat. d'accouchements*, Paris, 1883.

décrites par Slawiansky (1) dans la partie saillante de l'utérus correspondant à l'insertion du placenta trois mois après l'accouchement. Un détail caractéristique qui confirme cette opinion c'est que ces végétations étaient dépourvues d'épithélium. Cette variété a été étudiée surtout sur des cadavres.

Dans d'autres cas les polypes fibrineux se présentent sous la forme de corps plus gros, arrivant jusqu'à l'orifice interne, rarement externe du col. Enfin les cas les plus rares sont ceux où ils descendent jusque dans le vagin.

Ces polypes ont été étudiés par Velpeau (2), par Virchow (3) qui leur donné le nom d'hématomes polypeux libres de l'utérus, par Kiwisch (4), qui cependant ne les croyait pas nécessairement liés à des produits puerpéraux, par Scanzoni (5) qui les rattache définitivement à l'état puerpéral ; par Schrœder (6), Bidder (7), Säxinger (8), Kuhn, (9), Kulp (10), Frankel (11), Duncan (12), etc. De Sinéty (13) leur fait une place parmi les polypes de l'utérus (qu'il divise en fibreux, muqueux, papillaires et fibrineux), tout en disant qu'il n'est pas prouvé qu'ils présentent une organisation de nouveaux tissus. Il signale la possibilité de l'hémorrhagie ne venant que plusieurs semaines après l'accouchement ou l'avortement.

---

(1) Cité par CORNIL et RANVIER, p. 699.

(2) VELPEAU. *Tr. élém. de l'art, des accouch.* Paris, 1829.

(3) VIRCHOW. *Die krankh. Geschw.* Berlin, 1863, vol. I, p. 146.

(4) KIWISCH. *Klin. Vortr.*, 4e édit., vol. I.

(5) SCANZONI. *Verh. d. Würzb. med.* Ges., 1852, II.

(6) SCHRŒDER. *Ueber fibr. u. Plac. Pol. Scanzoni's Beitr.*, vol. VII.

(7) BIDDER. *Petersb. med. Z.*, 1869, vol. XVII, cah. 4 et 5.

(8) SAEXINGER. *Prag. Vierteljahrsschr.*, 1868, v. XCVIII.

(9) KUHN. *Wien. med. Woch.*, 1869, nos 89 et 90.

(10) KULP. *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, v. I, cah. 1.

(11) FRANKEL. *Arch. f. Gyn.*, v. II.

(12) DUNCAN. *Edinb. med. journ.* July 1871.

(13) DE SINÉTY. *Loc. cit.*

III. — POLYPES PLACENTAIRES

Ces polypes sont le résultat d'une délivrance incomplète, dans laquelle il reste des morceaux de placenta dans l'utérus.

Cet accident est fréquent dans les avortements, surtout après le troisième mois de la grossesse, car dans les premiers mois de la grossesse l'œuf sort ordinairement entier ; il s'explique par l'adhérence plus solide de la caduque et par conséquent du placenta, par la force de contractilité moindre de l'utérus, par la faible dilatation du col, par le petit volume de l'œuf, sur lequel les contractions utérines ont peu de prise. Sur un total de 54 cas d'avortement observés à l'hôpital de la Charité à Paris (1) on note 27 cas de rétention du placenta, dont 5 cas de rétention de débris de placenta avec les membranes ; dans deux de ces derniers on ne réussit pas à retrouver les débris de placenta dans les liquides d'injection, ni dans les lochies qui ne furent jamais fétides : l'observation n'a pas été assez prolongée pour nous convaincre qu'il ne s'est pas formé dans ces cas de faux polypes plus tard, chose qui pourrait peut-être expliquer beaucoup de cas de résorption placentaire cités dans les auteurs et dont l'interprétation présente tant de difficultés, comme l'a bien mis en évidence Hegar (2).

Dans le cas d'accouchement à terme des morceaux de placenta restent dans l'utérus surtout dans les cas où on est obligé d'avoir recours à la délivrance artificielle, la délivrance naturelle ne se faisant pas. La rétention placentaire est ordinairement due à l'inertie utérine, ou à l'enchatonnement, — plus rarement à des adhérences du placenta ; ces dernières sont ordinairement dues à l'endométrite qui a pour conséquence l'inflammation du placenta ; on observe alors des dépôts fibrineux ou calcaires sur la caduque ou sur la surface utérine du placenta qui est atteint d'épaississe-

---

(1) Genesteix. *Du tr. d. avort.* Thèse de Paris, 1886.

(2) Hegar. *Die Path. u. Ther. d. Pl. Ret.* Berlin, 1862.

ment, d'hyperplasie, comme l'ont décrit Fromont (1), Hegar (2), Hüter (3), Cauwenberghe (4), Maier (5), etc. Schrœder ajoute que la dégénérescence graisseuse du placenta consécutive à l'inflammation amène de plus une friabilité plus grande du tissu placentaire et facilite sa déchirure et par conséquent la rétention de débris placentaires dans l'utérus. Langhans (6) explique l'influence de l'endométrite par la dégénérescence connective des cloisons interglandulaires de la caduque, à la suite de quoi la séparation dans la couche ampullaire a de la difficulté à se faire.

Parfois c'est la forme vicieuse du placenta qui favorise sa déchirure et la rétention des débris dans l'utérus : c'est le cas pour le placenta membraniforme (analogue à celui des pachydermes), le placenta en raquette, et surtout pour les placentas succenturiés — groupes de villosités développées isolement de la masse placentaire générale, où il n'est même pas toujours facile de se rendre compte de la rétention, le placenta principal paraissant intact.

La délivrance artificielle ne doit cependant pas toujours être incriminée dans la rétention de débris placentaires, puisque la délivrance naturelle en présente elle-même de nombreux cas : ainsi Stadtfeldt (7), a trouvé des restes de placenta dans l'utérus sur 10 0/0 des cadavres de femmes en couches qu'il a examinés et pourtant dans 60 0/0 de ces derniers cas la délivrance avait été naturelle.

Schrœder n'a pas noté plus de cas de rétention de débris placentaires après la délivrance faite par la méthode d'expression de Crédé qu'après la délivrance spontanée.

Les débris placentaires restés dans l'utérus peuvent dans

(1) FROMONT. *Mém. s. l. rét. d. plac.*, Bruges, 1857.
(2) HEGAR. *Loc. cit.*
(3) HUTER. *Die Mutterkuchenreste. Mon. f. Geb.*, 1857.
(4) CAUWENBERGHE. *S. l'an. phys. et path. du pl.* Gand, 1871.
(5) MAIER. *Mon. f. Geb.*, v. XXXII.
(6) LANGHANS. *Arch. f. Gyn.*, 1875 et *Arch. r. His. u.* Braune, 1877.
(7) STADTFELDT. *Schmidt's Jahrb.*, v. CXVIII.

certains cas, si leurs adhérences sont suffisantes pour empêcher leur putréfaction, continuer à végéter dans cet organe, en se recouvrant superficiellement de couches de sang coagulé ; d'autres fois le cotylédon placentaire resté dans l'utérus se vide du sang qu'il contenait, devient dur, prend la forme de la cavité utérine. Nous avons ainsi des polypes placentaires de grandeur variable, depuis de simples excroissances végétantes à peine étranglées à leur base, comme E. Martin (1) en représente trois exemples dans son atlas, jusqu'à de gros polypes de la grandeur d'un œuf de poule et plus, comme nous en verrons plus loin des exemples.

Des cas de polypes placentaires ont été signalés par Schrœder (2), Braun (3), Valenta (4), Frankenhäuser (5), Jago (6), Warner et Bachelder (7), Harley (8), Jacquet (9), Lowe (10), Walker (11), Maslowsky (12), Chazan (13), et beaucoup d'autres qu'il serait trop long d'énumérer.

Küstner (14) paraît bien convaincu de la fréquence de la formation de ces polypes placentaires, puisque c'est dans la crainte de voir s'en produire aux dépens de morceaux de placenta restés dans l'utérus après une délivrance incomplète, qu'il conseille une intervention active par le curage de l'utérus dans les cas de rétention de débris placentaires.

Mathews Duncan (15) cite dans ses cliniques deux observa-

(1) E. MARTIN. *Hand.-Atl. d. Gyn. u. Geb.*, Berlin, 1878.
(2) SCHRŒDER. *Scanzoni's Beitr.* v. VII.
(3) BRAUN. *Allg. Wien. med. Zeit.*, 1860, n° 47.
(4) VALENTA. Schmidt's Jahrb., v. CXLVI.
(5) FRANKENHAEUSER. Martin, Neig. u. Beug. d. Gebärm.
(6) JAGO. *Med. Times*, 18 Apr. 1868.
(7) WARNER et BACHELDER, *Bost. Gyn. Journ.*, v. I.
(8) HARLEY. *Phil. med. a. surg. Rep.*, 6 Febr. 1869.
(9) JACQUET. *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, v. I.
(10) LOWE. *Lond. Obst. Tr.*, v. XII.
(11) WALKER. *Lond. Obst.* Fr., v. XIII.
(12) MASLOWSKY. *Ann. de Gyn.*, 1880.
(13) CHAZAN. *Journ. d'obst. et d. mal. d. f.*, St-Pétersb., 1887, sept.
(14) KUESTNER. *Centralbl. f. Gyn.*, 1883.
(15) MATHEWS DUNCAN. *Clin. Lect. on the dis. of wom.* 1886.

tions remarquables par le long séjour du polype placentaire dans l'utérus. Il raconte qu'on apporta à son amphithéâtre une femme qui perdait constamment du sang depuis un avortement qu'elle avait eu sept mois auparavant. On voulut dilater le col, mais alors elle élimina un morceau de placenta, non fétide, gros comme la moitié d'un œuf. Les accidents cessèrent aussitôt.

Dans ce cas le détachement du polype s'était effectué spontanément au moment même où on allait intervenir. L'état du col, qui n'était pas dilaté, contrairement a ce qui a lieu dans la plupart des cas de polype placentaire, présente un exemple de la difficulté du diagnostic de la nature de ces polypes.

L'autre observation de Duncan, la voici : Une femme ayant eu déjà six enfants eut à la suite d'un avortement pendant huit mois des pertes considérables qui l'avaient mise en état de cachexie.

Tous les moyens avaient échoué pour arrêter ces hémorrhagies qui se renouvelaient sous le moindre prétexte. Finalement on l'éthérisa, on introduisit deux doigts dans l'utérus et on retira un morceau de placenta de deux pouces carrés.

Quinze jours après tout était rentré dans l'ordre. Il ajoute que le placenta était vivant et rien ne pouvait faire prévoir sa séparation.

Ces cas, où l'hémorrhagie s'est déclarée immédiatement après l'avortement, sont beaucoup plus faciles au point de vue du diagnostic. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Il y a des cas, où le col se referme, tout rentre dans l'ordre, les suites de couches paraissent très normales et ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long qu'apparaissent les hémorrhagies. Ainsi Graefe (1), sous le titre significatif : « Zur lehre von den puerperalen Spätblutungen », cite trois cas de polypes placentaires après la délivrance faite par la méthode de Crédé. Dans deux cas il y eut après le septième jour des écoulements sanguinolents qui devinrent bientôt de

(1) GRAEFE. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, T. XII, cah. 2.

véritables hémorrhagies. Dans le troisième cas le puerpérium fut normal jusqu'au 21e jour, où apparut une forte hémorrhagie. L'auteur attribue les hémorrhagies précoces au défaut d'involution de l'utérus occasionné par la présence du polype et par conséquent au défaut de consolidation des thrombus qui se détachent sous l'influence de la moindre cause. En même temps l'utérus en se contractant produit un détachement partiel du polype et laisse ainsi des vaisseaux béants : cela ne se produit que dans les premiers temps des couches, car plus tard les contractions de l'utérus diminuent de force et l'union du polype avec l'utérus s'accentue de plus en plus. L'hémorrhagie tardive dans le troisième cas est expliquée ainsi : le polype était petit et ne présentait pas un obstacle aussi grand à l'involution que dans les deux premiers cas ; ce n'est que quand l'utérus fut diminué sensiblement de volume que le polype commença à exercer une action irritante sur la muqueuse, ce qui amena à sa suite l'hypertrophie de cette dernière et l'hémorrhagie, comme dans l'endométrite fongueuse.

Un cas d'hémorrhagie tardive encore plus remarquable est cité dans une observation du Prof. Auguste Reverdin (1). Ici, l'hémorrhagie ne s'est montrée que quatre mois après l'avortement, et dans l'intervalle, non seulement il n'y eut pas d'hémorrhagie, mais même les règles restèrent supprimées. Il s'agit d'une femme de 33 ans qui, après avoir eu 5 enfants bien portants, fait une fausse couche de 5 mois. Depuis ce temps elle souffre beaucoup de douleurs de reins, pesanteur dans le ventre, anémie, dyspepsie. Les règles sont supprimées, mais la malade a d'abondantes pertes blanches. Elle continue quand même à travailler pour gagner sa vie. Mais trois mois plus tard, étant à son travail, elle perd connaissance à la suite d'une hémorrhagie utérine et on la ramène chez elle. Elle se plaint de tranchées violentes et perd continuellement du sang. Au toucher le col est entr'ouvert ; dans son orifice se présente une tumeur molle, volumineuse, ana-

(1) WISART. *De l'interv. chir. d. l. rét. pl.* Thèse de Paris, 1888.

logue comme consistance à un placenta. Extraite avec les doigts, malgré quelques adhérences, assez fortes à la partie supérieure droite de l'utérus, cette tumeur se montre bien constituée par un placenta, lequel a subi un degré d'organisation assez avancé, puisque quatre mois après l'avortement il ne présente aucune trace de décomposition.

Une observation intéressante au point de vue du diagnostic après une délivrance en apparence complète est rapportée par le Prof. Hecker, de Munich, cité par le Dr Gautier (1) dans un récent travail, auquel nous empruntons l'observation, telle qu'elle y est relatée en abrégé.

« Secondipare de 33 ans ; accouchement à terme le 14 juillet 1863 ; enfant mâle pesant 2840 gr ; délivrance 1/4 d'heure après, *placenta normal*. Sécrétion lochiale peu abondante, non fétide. Forte hémorrhagie le 20 juillet ; le toucher utérin fait reconnaître la présence dans la matrice d'une masse mobile en forme de poire, à parois lisses. Extraction de cette masse au moyen des doigts recourbés en crochet, en la divisant en deux fragments. Cessation immédiate de l'hémorrhagie. La masse pèse 60 gr. et offre toute l'apparence d'une môle charnue ; elle a 9 cent. dans son plus long diamètre et 6 cent. dans l'autre ; l'épaisseur des parois est de 2 cent. Surface un peu inégale, mais lisse, comme revêtue d'une membrane caduque. A l'un des angles une déchirure, par où l'on pénètre dans une cavité de l'étendue d'une noix. Parois tapissées de filaments blanchâtres offrant, dans l'eau, des arborisations analogues à celle des villosités choriales ou placentaires. Aucune trace d'embryon. »

Le Dr Gautier met en doute qu'il s'agisse ici, comme l'admet Hecker, d'un polype placentaire, à cause de son organisation si rapide, en cinq jours, avec membrane d'enveloppe, arborisations vasculaires. Cependant nous croyons bien qu'on ait eu affaire avec un polype placentaire, développé aux dépens d'un placenta succenturié qui se serait replié sur

(1) GAUTIER. *Deux obs. d'œuf second.* Rev. méd. de la Suisse rom., n° 8, 1888.

lui-même. Cela nous explique la membrane d'enveloppe qui n'était autre chose que la caduque, comme le fait remarquer l'auteur même.

Selon nous, il faut également ranger parmi les polypes placentaires les cas mentionnés par les auteurs sous le nom de *rétention prolongée* du placenta sans fétidité des lochies. En effet, après l'expulsion du fœtus, la circulation dans le placenta s'arrête; il devient donc pour l'utérus un corps étranger qui doit être expulsé ou bien se putréfier. Si aucune de ces deux alternatives n'a lieu et que le placenta continue à rester en connexion vasculaire avec l'utérus, cela veut dire qu'il s'y est greffé, ou qu'il avait déjà auparavant des adhérences anormales, ce qui pour nous revient au même, qu'il joue à l'égard de l'utérus le rôle d'une tumeur avec toutes ses conséquences habituelles : hémorrhagies, gêne mécanique, trouble fonctionnel. C'est à cela que doivent se rapporter les faits cités par Baudelocque (1) de rétention du placenta pendant plusieurs mois, ceux rapportés par Charpentier (2): Schöller, rétention du placenta pendant 11 semaines; Metz, 2 mois 1/2; Prost, 103 jours; Plasse, 15 semaines; Reichmann, 13 semaines.

La limite entre la simple rétention placentaire et le polype placentaire est très difficile à tracer : il s'agit, selon nous, d'une question de temps : si le placenta reste dans l'utérus sans se putréfier, pendant un temps plus long que celui qui serait nécessaire à l'apparition d'un écoulement fétide dans le cas où le placenta n'aurait aucune adhérence anormale à l'utérus, — cela veut dire que ces adhérences existent, que le placenta fait corps avec l'utérus, qu'il y puise sa nutrition et qu'il peut, par conséquent, être considéré comme une tumeur, dont il provoque tous les symptômes cliniques. Il en diffère au point de vue de sa genèse, mais c'est une propriété qui lui est commune avec les autres faux polypes et sur laquelle nous avons déjà insisté.

(1) BAUDELOCQUE. *Traité d'accouchem.*, Paris, 1807.

(2) CHARPENTIER. *Loc. cit.*

Il est vrai que le nom de polype qui implique l'idée d'un pédicule ne leur conviendra pas dans tous les cas, car ils n'en auront pas un nécessairement. Mais il s'agit ici moins de la forme que d'un ensemble de symptômes cliniques provoqués par une formation dépendant du placenta ou de ses débris, et on peut conserver le nom de polype placentaire, comme on conserve, par exemple, en clinique, celui de cancer — pour des tumeurs malignes, même n'étant pas de nature carcinomateuse.

IV. — FORMATIONS DÉPENDANT DE LA CADUQUE ET DU CHORION

Les deux catégories précédentes de faux polypes que nous venons de décrire étaient connues depuis longtemps et il y en a de nombreux exemples dans la littérature.

Mais il peut y avoir après l'accouchement, plus souvent après l'avortement, des accidents causés par l'organisation de restes des membranes dans l'utérus.

Dans certains cas, après l'accouchement, la caduque reste adhérente à l'utérus en totalité ou en partie. Virchow (1) croit que dans ces cas la séparation de la caduque s'est effectuée suivant le plan de soudure des deux caduques vraie et réfléchie. Léopold (2) a étudié avec soin l'épaisseur variable de la caduque suivant les sujets, et, sur le même sujet, suivant les différents points du délivre : il l'explique par une extension plus ou moins grande des glandes dans la couche celluleuse.

Küstner (3) admet que généralement la séparation de la caduque se fait dans la couche ampullaire, comme l'a décrit également le Prof. Langhans (4), mais parfois, 7 fois sur

(1) VIRCHOW. *Ueb. d. Bild. d. Dec. Froriep's u. Schleiden's Notizen.*
(2) LÉOPOLD. *Arch. f. Gyn.* v. XI et XII, 1877.
(3) KUESTNER. *Arch. f. Gyn.* 1876.
(4) LANGHANS. *Arch. f. Gyn.* 1875.

52 cas, il a trouvé des pertes de subtance sur la caduque, limitées, par un bord net, taillé à pic, où la séparation s'était faite dans l'épaisseur de la couche compacte ; dans un cas cela eut lieu sur toute la surface de l'œuf. Delore (1) cite des cas, où toute la caduque a été retenue dans l'utérus après l'expulsion du placenta avec le chorion et l'amnios ; pour lui, la caduque chez certaines femmes ne mérite plus ce nom et persiste après la grossesse.

Parfois il y a une adhérence particulière au pourtour du sinus circulaire du placenta et alors il peut se faire une déchirure des membranes tout autour du placenta, expulsion de ce dernier et rétention de toutes les membranes (2).

La cause de la rétention est, d'après Hegar (3), l'endométrite ; Benicke et Kaltenbach (4) se rangent aussi à cette opinion. Schrœder cite un cas, où un gros morceau de caduque était resté dans l'utérus après une délivrance par expression et avait causé des hémorrhagies qui ne cessèrent qu'après son ablation.

Les cas de rétention complète ou partielle de la caduque sont encore plus fréquents dans les avortements, parce que au commencement de la grossesse la caduque est plus adhérente à l'utérus, ou plutôt parce que le relâchement dans la couche ampullaire ne se fait que vers la fin de la grossesse. Delore (5) a pu se convaincre *de visu* de cette adhérence plus grande de la caduque avant la fin normale de la gestation ; dans deux cas d'opération césarienne *post mortem* avant terme il n'a pu détacher la caduque que par lambeaux.

Nous trouvons cinq cas de rétention complète de la caduque sur les 54 observations d'avortements cités dans la thèse

---

(1) DELORE. Art. *Œuf.* Dict. enc. d. sc. méd.
(2) FRITSCH. *Path. et trait. d. aff. puerper. de la femme.*
(3) HEGAR. *Loc. cit.*
(4) Cités par COHNSTEIN. *Loc. cit.*
(5) DELORE. *Loc. cit.*

de Genesteix (1) : dans trois cas il s'agissait d'avortements au quatrième mois, dans les deux autres au cinquième et sixième.

Ces lambeaux de caduque peuvent donner lieu à un écoulement fétide dans certains cas et s'éliminer par débris avec les lochies. Dans d'autres cas ils pourraient peut-être conserver assez de vitalité pour être réincorporés à la muqueuse. Dans des cas exceptionnels il peut, d'après Küstner, se former des tumeurs muqueuses qu'il appelle déciduomes, aux dépens de lambeaux de caduque ayant conservé une vitalité suffisante.

Quand toute la caduque a été retenue dans l'utérus après un avortement des premiers temps de la grossesse, il peut se présenter un cas plus rare. D'après Jacquemier (2), dans les premières semaines, dans le premier mois, l'œuf est parfois expulsé entier, revêtu seulement de la caduque réfléchie ; mais la caduque vraie continue à se développer comme si la grossesse continuait et est enfin expulsée entière ou en lambeaux, avec un écoulement sanguin variable et des douleurs pendant quelques jours. Jacquemier donne à ce processus le nom d'exfoliation de la caduque. Ce nom convient surtout aux cas, où l'expulsion de la caduque se fait par lambeaux. Mais les cas les plus intéressants sont ceux où cette caduque est expulsée en bloc, la description de cas semblables a été donnée avec beaucoup de détails par Ch. Robin (3). qui cite des cas, où l'expulsion de la caduque entière s'est faite quelques mois, un an et même deux ans après l'avortement. Il donne la description suivante de la masse expulsée : « elle a la forme de la cavité utérine, présente une longueur de 5-10 cent. suivant les cas. Par la dissection on peut reconnaitre la face interne ou libre de la muqueuse, limi-

(1) GENESTEIX. *Loc. cit.*

(2) JACQUEMIER. Art. *Avortement*. Dict. enc. d. sc. méd.

(3) BOUSSI et CH. ROBIN. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, et Ch. ROBIN. *Dict enc. d. sc. méd.* Art. *Œuf*.

tant autrefois la cavité utérine, oblitérée par le contact réciproque et la pression. La face externe qui était jadis adhérente à la couche musculaire de l'utérus, est tantôt irrégulière, comme déchirée, tantôt lisse quand la muqueuse nouvelle s'est déjà reformée et a repoussé la précédente ».

Robin range ces formations parmi les môles de provenance maternelle et ce nom nous paraît en effet bien leur convenir. Le mot de môle a de premier abord quelque chose qui répugne, par le fait qu'il a été attribué à tort et à travers à tant de productions pathologiques diverses. Mais on peut très bien s'en servir dans le sens que leur donne Robin : « produits procédant d'une grossesse plus ou moins avancée, les uns appartenant à l'œuf, à ses membranes, les autres à la mère, à sa muqueuse utérine devenue caduque.

Courty (1) décrit en outre des cas, où la caduque restée adhérente au pourtour du col se retourne en doigt de gant : « l'œuf sort entier (il s'agit toujours d'un avortement du premier mois ou des premiers mois), mais la muqueuse utérine restant adhérente au col pendant sa dilatation, il peut arriver que l'œuf détaché dans tous les autres points, soit poussé par les contractions et par le sang accumulé derrière lui et alors il est expulsé le premier, entraînant le fond de la muqueuse qui se renverse et représente un premier œuf, surmonté d'une seconde cavité remplie de caillots sanguins ». C'est un mécanisme analogue à celui qui se présente dans la délivrance après l'accouchement, dans le cas d'adhérence du chorion à la partie inférieure de l'utérus, décrit par Spiegelberg (2) : le placenta se présente dans le vagin par sa face fœtale, pendant que le chorion renversé en doigt de gant présente une poche flasque, remplie de sang, proéminant en dehors du col et dont la partie la plus profonde est formée par le placenta ; seulement ici il s'agit du chorion au lieu de la caduque.

---

(1) COURTY. Cité par CHARPENTIER.

(2) SPIEGELBERG. *Lehrb. de Geb.* 1878.

Un cas très intéressant d'expulsion en bloc de la caduque est celui qui se présente dans la grossesse extra-utérine. La muqueuse utérine, par une influence dite « sympathique », subit les modifications caractéristiques de la grossesse, devient une véritable caduque et est expulsée à une époque variable de la gestation, en totalité ou par parties. Cette expulsion d'une caduque qui est ordinairement prise pour un avortement (cinq fois sur six cas observés par Pinard) (1) a même été considérée comme un signe pouvant aider le diagnostic de grossesse extra-utérine. Pour démontrer qu'on a affaire à une caduque, on a donné des caractères histologiques particuliers : Wyder (2) s'est appuyé surtout sur la présence constante de cellules dites cellules propres de la caduque ; mais Ruge (3) a retrouvé ces cellules dans des cas d'endométrite et de myômes, et Moericke (4) en a trouvé également dans la muqueuse utérine d'une femme non enceinte. Langhans (5) a donné une description histologique détaillée de la muqueuse utérine dans un cas de grossesse tubaire : il l'a trouvée analogue à la caduque de la 14e semaine de la grossesse normale.

Il arrive parfois qu'avec la caduque il reste aussi des lambeaux de *chorion* dans l'utérus. Cela a lieu quand le chorion présente une adhérence anormale à la caduque et celle-ci à l'utérus ; il se fait alors une séparation entre le chorion et l'amnios pendant la descente de l'œuf, séparation que Rœmer (6) explique par une différence d'élasticité entre les membranes : le chorion étant une membrane moins élastique, se déchire à sa partie inférieure sous l'influence des contractions utérines et se rétracte en haut autour de l'œuf, tandis que l'amnios qui s'en est séparé, fait saillie dans

(1) PINARD. Art. *Grossesse extra-utér.* Dict. enc. d. sc. méd.
(2) WYDER. *Arch. f. Gyn.* XIII, 1.
(3) RUGE. Cité par PINARD.
(4) MOERICKE. *Zeitschr. f. Geburtsh.*, VII.
(5) LANGHANS et CONRAD. *Arch. f. Gyn.*, IX, 3.
(6) RŒMER. *Arch. f. Gyn.*, XXVIII, 1886.

le col. La séparation des membranes se fait donc pendant la période de rupture de la poche des eaux. Rœmer arrive ainsi à la conclusion, que plus la rupture de la poche des eaux est retardée, plus souvent il y a rétention du chorion, car les membranes arrivent dans ce cas à se séparer sur une plus grande étendue.

D'après A. Fischer (1) les primipares présentent deux fois plus souvent que les multipares la rétention de débris du chorion : 9,0/0 sur 4,9 0/0. Il explique ce fait par les troubles de la contractilité utérine plus fréquents chez les primipares. Il voit encore une cause de rétention des membranes dans leurs propriétés anormales : ainsi, dans 2/3 des cas de rétention du chorion, on put constater une modification pathologique des membranes qui avait amené, tantôt une rupture prématurée, tantôt une rupture tardive de la poche des eaux. Fischer (1) a rencontré la rétention partielle du chorion dans 5,7 0/0 des accouchements à terme et dans 8,2 0/0 des accouchements avant terme.

H. Fehling (2) attribue la rétention des membranes, à part l'application intempestive et brutale de la méthode de Crédé, à l'adhérence anormale des membranes aux parois de l'utérus, à la mobilité (Verschieblichkeit) trop petite de la caduque dans la couche ampullaire et surtout au placenta marginata qui a été retrouvé dans 18,2 0/0 de tous les cas, plus fréquemment chez les primipares : 59,7 0/0.

Pour le Prof. Lazarewitch (3) de St-Pétersbourg, les causes de la rétention simultanée de la caduque et du chorion, peuvent se résumer ainsi : 1) développement exagéré par places des villosités du chorion laeve ; 2) épanchements de sang dans la caduque et soudures fibrineuses ; 3) adhérence à la suite d'endométrite ou de choriite.

Nous avons déjà vu comment les débris du chorion et de

(1) A. FISCHER. *Wratch*, 1886, v. VII, n° 35.

(2) FEHLING. *Volkmann's Samml. klin. Vortr.*, n° 308, 1888.

(3) LAZAREWITCH *Journ. d'obst. et mal. des femmes.* Pétersb., n° 1, 1888.

la caduque pouvaient devenir le point de départ de la formation de polypes fibrineux et donner lieu à des hémorrhagies post-puerpérales, même si les premiers temps des couches ont été normaux. Nous ne saurions donc nous ranger du côté de l'opinion exprimée dernièrement par Fischer (1) Cohn (2), etc. qui considèrent la rétention des membranes comme un accident absolument bénin.

Dans un travail de Chazan (3), reposant sur 42 observations recueillies à l'Institut royal d'obstétrique et de gynécologie de Dresde, nous trouvons quatre cas d'hémorrhagies après l'avortement, causées par des masses molles, adhérentes à l'utérus, contenant des restes de chorion, reconnus au microscope après ablation ; l'hémorrhagie avait duré 5 mois après un avortement de 4 mois, 3 mois après un avortement de 2 mois, 5 semaines et 8 jours après deux avortements de 5 semaines.

De toutes les membranes, celle qui est retenue le moins fréquemment, c'est l'*amnios*. Le Prof. Lazarewitch lui accorde une gravité spéciale dans la rétention des membranes, en ce sens que, étant d'une nature plus difficile à résorber que les autres membranes, il provoquerait bien plus souvent des processus septiques. Mais cela sort de notre sujet et il n'est pas à notre connaissance que la rétention de l'amnios ou de ses parties ait jamais servi à la formation de productions polypeuses pouvant entretenir des hémorrhagies.

(1) FISCHER. *Loc. cit.*
(2) COHN. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, v. XII, 13, 1886.
(3) CHAZAN. *Journ. d'obst. et mal. des femmes*, 1887, n° 9.

(*A suivre.*)

REVUE CLINIQUE

HÉMORRHAGIES SECONDAIRES GRAVES, PAR SUITE DE DÉLIVRANCE INCOMPLÈTE, APRÈS UN ACCOUCHEMENT A TERME

Par le Dr **R. Labusquière**.

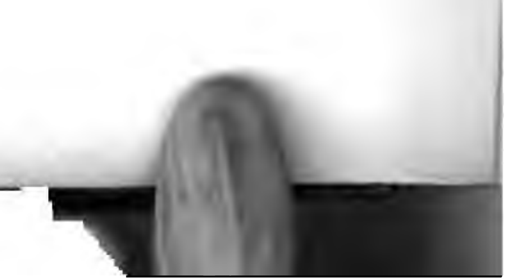
Le mercredi, 7 novembre, vers sept heures du soir le sieu Oudot, employé à la prison militaire du Cherche-Midi, vient me prier de porter immédiatement secours à sa femme qui, depuis 5 heures de l'après-midi, est sous le coup d'une hémorrhagie utérine intense. J'apprends, en outre, que cette femme est accouchée, environ 15 jours auparavant. En conséquence, indépendamment de la seringue à injections hypodermiques, de la solution d'ergotine d'Yvon, j'emporte les bourdonnets nécessaires pour la confection d'un tampon, bourdonnets toujours préparés d'avance , et qui macèrent dans une solution phéniquée, à 2,5 0/0.

Dès mon arrivée, je me rends compte qu'il faut agir vite et énergiquement. La femme, en effet, a tout l'aspect de celles qui viennent de subir une hémorrhagie *post partum* considérable : pâleur extrême, petitesse et fréquence du pouls, lipothymies répétées, respiration saccadée, par instants de grands efforts inspiratoires comme si l'air manquait.

Immédiatement et successivement, je fais une injection d'ergotine et une injection d'éther. Puis, je pratique, à travers la paroi abdominale, la compression de l'aorte, tandis que je fais tout préparer pour administrer une injection vaginale, intra-utérine si possible, d'eau *très chaude*.

Tout étant prêt, je donne l'injection pour laquelle j'emploie plus de deux litres de liquide, *très chaud*. La perte diminue, mais ne s'arrête pas. La tendance aux syncopes est de plus en plus marquée, et j'ai la conviction que si je ne réussis pas à maîtriser, très rapidement, l'hémorrhagie, la femme *va passer*.

Inutile de dire que draps, matelas, sont traversés, et qu'on a déjà mis sous mes yeux 5 à 6 torchons absolument trempés de sang.



Dès ce moment, *j'ai idée qu'il s'agit d'hémorrhagies secondaires associées à la rétention de portions du délivre.*

Je prépare, et non sans quelque appréhension, tout pour le tamponnement, tandis que je confie à une personne le soin de continuer la compression de l'aorte.

L'intervention me préoccupe, parce que j'ai présent à l'esprit le conseil souvent donné par le Prof. Pajot dans ses leçons cliniques : « *Surtout, gardez-vous de remuer les femmes qui viennent de subir de grandes pertes de sang* », conseil d'autant moins oublié, qu'à la clinique, j'avais vu mourir une femme, qui venait d'avoir une hémorrhagie grave par insertion vicieuse du placenta, au moment même où nous la mîmes dans la position obstétricale, et précisément pour la tamponner. *Elle eut quelques grands mouvements convulsifs, et succomba.*

Aussi, dans le cas actuel, recommandai-je vivement à la femme, qui ne m'entendait guère d'ailleurs, de ne pas se laisser aller à tenter le plus petit effort. Puis, aidé du mari et d'une autre personne, auxiliaires à qui j'indique rapidement comment ils doivent s'y prendre pour éviter toute secousse à la malade, nous mettons celle-ci dans la position obstétricale classique, ce qui cependant ne s'effectue pas sans qu'elle perde de nouveau connaissance. Je fais, avant toute autre chose, une nouvelle injectiou d'éther, et une personne est chargée de donner de temps en temps à la malade une cuillerée à café d'un mélange très fort d'eau et d'eau-de-vie.

Après avoir déblayé soigneusement le col, qui a toute sa longueur, et dans lequel la sonde dont je me sers n'entre qu'à peine, et le vagin, des caillots à portée, je procède à l'application du tampon que, malgré l'urgence qu'il y a à terminer promptement, je tâche de faire aussi solide, aussi efficace que possible (bourdonnets de ouate, avec interposition de morceaux d'amadou ayant aussi macéré dans la solution phéniquée, toutes ces pièces du tampon *soigneusement exprimées* avant d'être appliquées, etc.).

La femme est ensuite replacée dans son lit, avec les mêmes précautions que précédemment. Prescription : potion stimulante, grog, bouillon par petites cuillerées.

Jeudi, 8 novembre. — Le lendemain matin, je constate d'abord que le tampon a bien rempli son office, que l'hémorrhagie, au dehors au moins, a été arrêtée. Quand à la matrice, son fond est à 2 travers de doigt de l'ombilic, distendue qu'elle est assurément

par le sang retenu en arrière du tampon. Dans la nuit, la femme a eu plusieurs défaillances, on n'a cessé de lui faire respirer de l'éther, du vinaigre, de lui donner du grog, etc. La faiblesse est extrême, la décoloration du tégument, des muqueuses (gingivale, palpébrale) est absolue; il y a eu et il y a encore des éblouissements, des tintements d'oreille, etc. T. 36°,7. P. 135.

Malgré la faiblesse, malgré les precautions antiseptiques rigoureusement observées, et en dépit de toute fétidité au moment de mon intervention, il me paraît imprudent de laisser le même tampon plus longtemps en place. Je le remplace avec toutes les précautions prises la veille : injection préalable et abondante d'un mélange, *très chaud*, à parties égales d'eau et de liqueur de Van Swieten. La sonde dont je me sers cette fois, pénètre plus profondément dans le col. Tamponnement.

Inutile de dire que l'intervention a été bien fatigante pour la malade, et s'est accompagnée des mêmes accidents syncopaux, combattus par les mêmes moyens stimulants.

Avant mon départ, je prépare toutes les pièces pour un nouveau tampon, pièces qui trempent en permanence dans la solution phéniquée. Dès ce moment, d'ailleurs, mes aides improvisés et pleins de sollicitude pour la malade, me préparent à l'avance les pièces nécessaires.

Soir : T. 37°,3. P. 131.

Renouvellement du tampon. Celui que j'enlève, dégage une fétidité marquée, ce qui me crée un nouveau sujet de préoccupation.

Vendredi, 9 novembre. — Matin : 37°,8. P. 128.

L'état général reste à peu près le même. Le fond de la matrice est au même niveau. La femme dit qu'elle a eu, comme d'ailleurs dans la nuit précédente, des douleurs assez fortes dans les reins.

Le tampon a bien tenu. L'ouate, qui est le plus à l'extérieur, est à peine teintée. Seuls, les bourdonnets les plus rapprochés du col, sont imbibés de sang ; en arrière d'eux, de nombreux caillots. Le sang ne coule plus. La fétidité est vraiment insupportable, surtout pour la malade. Il faut répandre, sur le lit, de l'eau de Cologne en quantité.

Irrigation *sans jet*, *très chaude*, de liqueur de Van Swieten dédoublée. *Injection sous-cutanée d'ergotine Yvon.*

Comme la femme n'a pas eu de selles depuis 5 jours, qu'il ne s'écoule plus de sang, qu'elle accuse quelques coliques comme pour

aller à la garde-robe, je pense que je puis, sans danger, surseoir à l'application d'un nouveau tampon, et je prescris un lavement huileux, en recommandant d'éviter toute fatigue, tout effort à la malade, et ***surtout de venir me chercher, à la minute, à la moindre réapparition du sang.***

A 3 heures, on vient me chercher en toute hâte, parce que le sang recommence à couler. Je trouve la femme dans le même état ou peu s'en faut, que lors de ma première visite. Heureusement que, cette fois, tout est prêt, que je dispose vraiment d'un personnel presque dressé, — aussi l'application d'un nouveau tampon est-elle réalisée rapidement.

Cependant, comme la situation me paraît s'aggraver de plus en plus, que je n'entrevois pas d'intervention plus efficace en raison de la faiblesse extrême de la femme, de l'intérêt majeur qu'il y a à lui éviter toute nouvelle perte de sang, que, de plus, aux dangers imminents créés par la seule hémorrhagie, je crains de voir se surajouter ceux de la septicémie, je demande, désir déjà exprimé dès le début, mais non réalisé à ce moment, qu'on m'adjoigne un confrère. On me propose, à ma vive satisfaction, un médecin dont la grande expérience, le savoir, le jugement m'ont été déjà, en maintes circonstances, d'un grand secours, M. le Dr Robinet, qui jouit dans notre quartier d'une grande notoriété, laquelle à mon avis, reste encore bien au-dessous de ses mérites. Que mon excellent confrère M. le Dr Robinet me pardonne d'avoir profité de l'occasion pour exprimer ici l'estime et la sympathie que son savoir et son dévouement aux malades m'ont inspirés.

Soir : T. 38°,3. P. 127. Injection d'ergotine.

Samedi, 10 novembre. — Consultation avec M. Robinet.

Matin : Le Dr Robinet constate les dangers extrêmes de la situation ; il m'a résumé, en nous en allant, son impression de la manière suivante : « Si elle se tire de là, vous l'aurez ramenée du fond de la rivière, car elle a perdu tout ce qu'il est permis de perdre de sang. *Pourtant, l'œil est bon*, et s'il ne survient pas d'autre complication, je crois que vous réussirez ».

Il m'aide à renouveler le tampon, qui dégage toujours la même horrible fétidité. Injection intra-utérine de liqueur de Van Swieten pure, irrigation du vagin et nouveau tamponnement.

Injection d'ergotine.

Potion tonique :

Extrait de quinquina...............	6 gr.
Teinture de cannelle...............	12 gr.
Ether............................	1 gr.
Potion gommeuse..................	120 gr.

Grog, bouillons, jus de viande.

Soir : T. 38°,7. P. 124.

La femme a, dans la journée, souffert assez fort dans les reins, comme pour accoucher. J'enlève le tampon, dont les pièces dégagent la même odeur de putréfaction, je déblaie soigneusement le vagin et le col des caillots à l'aide de l'irrigation habituelle, après quoi je relève les particularités suivantes :

a) *Le fond de l'utérus n'est plus aussi haut dans l'abdomen.*

b) *Le col est raccourci.*

c) *L'orifice externe, largement ouvert.*

d) *Il y a dans le col, une masse du volume d'une grosse noix,* qui ne me donne plus la même sensation que me donnaient les caillots, et que je me garde bien d'extraire, n'ayant pu la suivre jusqu'à son point d'implantation. Cette condition nouvelle me donne un grand espoir, et je m'empresse de faire part de mon contentement à la malade, qui me paraît puiser dans cette confidence quelque courage. Car cette femme a 4 enfants et les premières paroles qu'elle m'a adressées ont été celles-ci : « *Oh ! monsieur, mes enfants ont grand besoin de moi ; faites, je vous prie, tout ce que vous pourrez pour que je ne leur manque pas* ».

Je fis immédiatement part à M. Robinet de la condition nouvelle qui s'était produite. Retenu auprès de ses malades, M. Robinet me manda la réponse suivante : « *Ne touchez pas à cette masse, laissez-la s'engager ; continuez le tamponnement et les injections d'ergotine* ».

Je fais de nouveau le tamponnement et une injection d'ergotine.

Dimanche, 11 novembre. T. 39°,1. P. 125.

La femme a encore ressenti de vives douleurs dans les reins. *Je ne trouve plus la matrice, par le palper abdominal, qu'à un travers de doigt à peine au-dessus de la symphyse.* J'enlève le tampon, je fais l'injection habituelle, qui entraîne beaucoup de caillots, et je trouve alors appendue au-dessous du col, entière-

ment dans le vagin, mais retenue par un pédicule filiforme que je suis jusque dans la matrice, la petite masse qui avait été engagée dans le col, je l'enlève, et je reconnais qu'il s'agit manifestement *d'une portion du placenta.* Cette masse sent horriblement mauvais.

Injection intra-utérine qui ramène de nombreux débris, injection d'ergotine et même prescription tonique.

Soir : T. 39°,3. P. 128.

La *fétidité des sécrétions est encore très accusée,* mais on perçoit difficilement la matrice au-dessus de la symphyse.

Injection intra-utérine. En présence de la fétidité, je me pose la question si, d'ici quelques jours *il ne sera pas indiqué de procéder au curage de l'utérus.*

Prescription. 2 cachets de sulfate de quinine par jour, 0,30 cent. par cachet.

Lundi. Je revois la malade avec M. Robinet, à qui je montre la masse placentaire expulsée, et qui constate également la rétraction si remarquable de la matrice. Il m'aide à donner l'injection ordinaire.

Même prescription : potion tonique, jus de viande, etc.

La malade accuse toujours une grande faiblesse : Elle a eu encore des bourdonnements d'oreille, des défaillances. Cependant, elle a un peu reposé.

M. T. 38°,7. P. 110.

S. T. 38°,9. P. 115. Fétidité moindre; *injection intra-utérine,* potion tonique. 2 cachets de quinine.

Mardi 13. La nuit a été bonne. La malade a reposé. Elle a eu bien moins de bourdonnements d'oreille, d'éblouissements, elle se sent un peu plus forte. La fétidité diminue de plus en plus.

Matin : T. 37°,8. P. 102.

Soir : 38°,3. P. 105.

Mercredi 14. La fétidité a presque disparu.

Matin : T. 37°,9. P. 102.

Soir : T. 37°,5. P. 104. Injection intra-utérine.

Jeudi 15. Nuit bonne.

Matin : T. 37°,4. P. 96.

Soir : T. 37°,3. P. 97.

Vendredi. Matin : T. 37. P. 88.

Soir ; 37,1. P. 90.

Samedi. Matin : T. 37. Soir : T, 37.

Cessation des injections. — Continuation de la potion tonique, — et, chaque jour, un cachet de 0,30 centigr. de sulfate de quinine, plutôt comme névrosthénique que comme antithermique.

A partir de ce moment, je n'ai d'autre préoccupation que de faire refaire à la malade le sang qu'elle a perdu.

Voici, maintenant, à son sujet, quelques renseignements complémentaires qu'elle m'a donnés quinze jours environ après ma première visite, alors que déjà elle commençait à pouvoir rester, sans trop de fatigue, quelque temps assise dans son lit.

Elle est âgée de 28 ans, et a eu 4 accouchements, les 3 premiers absolument normaux. Le dernier, qui est celui relatif à cette observation, a eu lieu le dimanche 21 octobre. L'enfant était déjà sorti, depuis 10 minutes, quand la sage-femme, chargée de l'accouchement, arriva. Le cordon coupé, elle procéda à la toilette de l'enfant. Puis, elle s'occupa de la délivrance. Le délivre extrait, elle dit qu'elle devait introduire la main pour retirer des caillots, et exécuta cette manœuvre. Touchant le placenta, le mari de la malade me dit que l'atteution de la sage-femme fut attirée par l'existence d'un creux dans le délivre, creux dans lequel, ajoute-t-il, aurait tenu la petite masse, expulsée plus tard.

Toutefois, la sage-femme leur assura que le délivre était entier, et cette assertion, elle me la réitera formellement, un jour qu'elle vint au moment même où je faisais le tamponnement.

Pour tout concilier, on pourrait admettre l'hypothèse d'un cotylédon supplémentaire (?).

La femme s'est levée, pour la 1re fois, le dimanche 28 octobre, ne perdant, dit-elle, presque plus. Le samedi suivant, 3 novembre vers 7 heures du soir, comme elle était assise devant son fourneau, elle fut prise, brusquement et sans douleur, d'une hémorrhagie assez forte. Elle se coucha immédiatement, et fit appeler la sage-femme qui ne put venir. La perte de sang aurait duré environ une heure.

Dans la nuit du dimanche, 4 novembre, au lundi vers une heure du matin, encore brusquement et sans douleur, *seconde* hémorrhagie, qui a duré à peu près trois quarts d'heure.

Le lundi soir, la femme ne s'étant pas levée, eut une *troisième* hémorrhagie, qui débuta aussi d'une manière soudaine et sans douleur, et se prolonga à peu près trois quarts d'heure.

Le mercredi, la femme s'étant levée dans l'après-midi, vers 5 heures, comme elle quittait sa chaise, l'hémorrhagie s'est reproduite, et cette fois avec une force beaucoup plus grande. En toute hâte, on est allé chez la sage-femme qui était retenue auprès d'une femme en couches, chez un médecin qui était aussi absent, enfin chez moi, — et c'est dès ce moment que j'ai consigné les détails divers dont je vous ai donné lecture.

Le mercredi, 12 décembre, nous avons vu, M. le Dr Robinet et moi, notre malade. Elle présente l'aspect, l'ensemble des conditions des personnes profondément chloro-anémiques : décoloration très accusée du tégument et des muqueuses, souffles intenses dans les vaisseaux carotidiens. Et cela, malgré un appétit excellent, malgré une alimentation reconstituante, et l'intervention de toniques de toutes sortes.

Dans la séance du 10 mars 1887, j'ai relaté une observation sous ce titre : *Rétention du placenta dans une fausse couche, suivie de phénomènes infectieux graves, extraction du délivre, guérison* (1).

Si je me permets de rappeler ce cas, c'est pour bien faire ressortir la différence essentielle qu'il présente avec l'observation actuelle. Car ces deux faits mettent bien en opposition les deux variétés principales d'accidents qui peuvent compliquer la rétention du délivre. Dans le premier, il s'agissait d'une femme, tombée déjà dans la situation la plus grave du fait de phénomènes de putréfaction *in utero*, et d'accidents de septicémie Dans ce cas, il n'y avait qu'un moyen de salut : supprimer, éteindre le foyer d'où partait l'infection, ce que des conditions favorables me permirent de réaliser, et la femme guérit. Ici, il ne s'agissait plus de foyer de putréfaction, mais d'un foyer hémorrhagique. Enlever la masse placentaire, c'était assurément tarir la source du sang ; mais, la manœuvre nécessaire pour réaliser ce *desideratum*, n'allait-elle pas entraîner une nouvelle perte de sang, et, comme je l'ai déjà dit, j'avais et j'ai toujours la conviction formelle partagée par M. le Dr Robinet, que la femme ne pouvait faire, sans danger de mort, les frais d'une nouvelle hémorrhagie. En outre, étais-je assuré, en lui faisant courir ces grands risques, de réussir à extraire la portion du placenta retenu ? Je ne le crois pas. C'est pour cela que je fis le tamponnement et le tamponnement répété.

(1) *Ann. de gyn. et d'obst.* Avril 1887, p. 291.

Toutefois, après avoir été témoin de l'état de profond épuisement dans lequel la femme avait été mise par ces hémorrhagies secondaires répétées — négligées, il est vrai, puisque jusqu'à la quatrième, la femme n'avait reçu aucun secours — frappé du caractère de gravité extrême que peuvent prendre ces pertes de sang, alors même que la portion du placenta retenue est vraiment petite, je serais disposé, immédiatement après la délivrance, en cas d'extraction incomplète, à faire le possible pour enlever le ou les cotylédons restés dans la matrice, *surtout si la malade ne me paraissait pas avoir autour d'elle des personnes aptes à lui porter rapidement secours en cas de besoin.*

D'autre part, je trouve une nouvelle raison à cette intervention immédiate, dans le fait que, malgré toutes les précautions antiseptiques prises dans le deuxième cas auquel j'ai eu affaire, j'ai vu se développer une fétidité extrême, et j'ai craint beaucoup d'avoir, après avoir réussi à maîtriser l'hémorrhagie, à lutter contre des accidents graves de septicémie.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 10 *janvier* 1889.

Installation du nouveau Bureau : M. Guéniot, avant d'appeler M. Polaillon au fauteuil de la présidence, tient à remercier ses collègues, à constater la vitalité scientifique dont la société a fait preuve, et aussi à indiquer quelques modifications qui ne pourront qu'être utiles à son avenir.

M. Polaillon, en prenant la présidence, adresse aussi des remerciements à ses collègues, et propose de voter des remerciements au bureau sortant. (Adopté à l'unaminité.)

Schwartz. — **Note sur 3 cas de métrite du col ; diagnostic difficile d'avec un cancer.** — Observations très intéressantes qui montrent combien, en certains cas, le diagnostic comporte de difficultés ; les voici brièvement résumées.

Obs. — V. M..., âgée de 31 ans. Mariée à 18 ans, menstruation assez régulière. 4 grossesses dont 1 fausse couche et 3 accouche-

ments à terme. Depuis le 1er accouchement, accidents du côté des organes génitaux, perte de sang, perte séro-sanguinolente, pas de pus. Elle a depuis longtemps été traitée (cautérisations du col).

L'état général s'aggravant, les douleurs hypogastriques étant plus vives, elle entra à l'hôpital Beaujon.

Examen : Col gros, bosselé, rouge, ulcéré, comme s'il s'agissait d'un épithélioma interstitiel ; orifice entr'ouvert, déchiré à gauche. pas d'ectropion notable. Rien du côté des culs-de-sac. Prolapsus léger.

Diagnostic hésitant. — Épithélioma interstitiel, ou plutôt métrite :

Après 7 mois de soins (scarifications du col, application de tampons glycérinés, injections chaudes), amélioration considérable après laquelle il était manifeste qu'il s'agissait d'une métrite.

Obs. II. — P. C..., 40 ans, entre à l'hôpital, avec le diagnostic d'*épithélioma de l'utérus.*

Santé très compromise, affaiblissement très accusé. III pare, le dernier accouchement 4 ans auparavant.

Comme accidents du côté des organes génitaux, métrorrhagies répétées, leucorrhée non fétide, douleurs hypogastriques. Elle a déjà subi des cautérisations répétées, sans en retirer aucun avantage.

Examen : Col dur, irrégulier, comme parcouru par des brides, bosselé, avec exulcérations autour de l'orifice externe. Utérus, gros, douloureux à la pression, mesurant 9 centim.

Diagnostic hésitant. — Métrite du col et du corps ou épithélioma.

Traitement. Ablation conoïde du col, *guérison complète* qui s'est maintenue. Il s'agissait encore d'une métrite.

Obs. III. — C. B..., 29 ans, menstruation régulière, nullipare. Début de la maladie il y a un an, leucorrhée très abondante, qui alterne au bout de quelques semaines avec des pertes d'eau rousse et de sang ; quelques douleurs lancinantes avec irradiations dans les reins et à la partie supérieure des cuisses. Dans le service où elle était antérieurement, diagnostic : *épithélioma* et proposition faite à la malade de subir l'hystérectomie vaginale.

Examen.— Col augmenté de volume, comme fongueux, le tissu fongueux ayant pour base un tissu plus dur ; museau de tanche inégal, cratériforme, induré plus à gauche qu'à droite, ulcération irrégulière, rouge foncé, bleuâtre par places, saignante.

Diagnostic: D'abord hésitant, mais à un nouvel examen, pratiqué après chloroformisation et le col ayant été abaissé à la vulve, diagnostic ferme de *métrite*.

Traitement: Ablation cunéiforme aux ciseaux et au thermocautère en prolongeant l'évidement aussi haut que possible. *Guérison* de tous les accidents; mais 3 mois après la femme se plaignait d'accidents, qu'on reconnut sous la dépendance d'une atrésie cicatricielle qui fut dilatée, ce qui amena une guérison complète et définitive.

Discussion: GUÉNIOT. — Il s'agit là de lésions connues autrefois sous le nom de métrite parenchymateuse. Ce qui la distingue le mieux des néoplasies cancéreuses, c'est l'absence de douleur. Son traitement, le meilleur, consiste dans les cautérisations successives, qui n'entraînent pas d'atrésies fâcheuses. Traitement un peu long sur lequel le traitement chirurgical, plus rapide, a pris le pas. Mais il ne serait pas indifférent de savoir ce que deviennent les femmes auxquelles on a enlevé une portion cunéiforme du col au point de vue de la conception. DOLÉRIS. Le diagnostic différentiel est ordinairement aisé. L'hémorrhagie est un signe précieux qui parle dans le sens du cancer. Quant à la technique opératoire, l'amputation séparée de chaque lèvre par le moyen de deux lambeaux (Schröder, Martin), suivie de la suture, est une opération excellente. Elle favorise, plus que toute autre méthode thérapeutique, la conception, et ne saurait gêner l'accouchement. POLAILLON. Le diagnostic différentiel, très délicat en effet en certain cas, s'éclaire habituellement par les résultats d'un premier traitement, médical pour ainsi dire (repos, injections détersives). L'ulcération due à la métrite, s'améliore celle due au cancer ne fait qu'empirer. PAJOT. Il importe pour le diagnostic, d'enlever un fragment du tissu douteux, et de le soumettre à l'examen histologique. Quand au traitement, il est d'avis que, pour la guérison de ces métrites, le repos absolu au lit est indispensable. *Schwartz*. Le traitement par les cautérisations successives, auquel Guéniot a fait allusion, avait été appliqué et s'était montré inefficace. Sans doute, comme le dit Doléris, le diagnostic du cancer est en général facile, le phénomène hémorrhagique est à ce point de vue précieux; mais s'il a communiqué ces cas, c'est parce qu'ils ont présenté des phénomènes tellement exceptionnels, que, même des médecins expérimentés, se sont trompés dans leur interprétation.

LABUSQUIÈRE. **Rétention de portion de placenta dans un accouchement à terme ; hémorrhagies secondaires graves, tamponnement répété, fétidité des lochies, injections intra-utérines de sublimé ; guérison.**

Discussion : BAILLY. — Il a écouté avec plaisir cette observation. Elle prouve, en effet, que le vieux précepte de P. Dubois « combattre les accidents, et laisser faire la nature » conduit à des succès, même dans des cas en apparence désespérés. Mais il voudrait savoir si les tamponnements répétés avec des bourdonnets imbibés d'une solution phéniquée à 2,5 0/0, n'ont amené, par leur contact prolongé, aucun accident du côté des organes génitaux.

DOLÉRIS. — Comme Labusquière, dans un cas analogue, où la femme était près de succomber aux pertes de sang qu'elle avait subies, j'agis de la même manière. Je ne fis aucune tentative immédiate d'extraction du délivre, et préférai recourir au tamponnement. Mais, dès le lendemain, l'hémorrhagie étant arrêtée et la femme me paraissant dans des conditions meilleures, je fis le curettage et débarrassai la femme. Je crois cette méthode plus sûre. En tout cas la femme, à laquelle se rapporte l'observation précédente, en a pour de longs mois avant de se remettre.

LABUSQUIÈRE. — A M. Bailly je dirai : Certes la méthode expectante donne d'excellents résultats, à condition pourtant que les secours soient donnés en temps opportun. Quelques instants de plus, et ma malade, j'en suis convaincu, mourait. Quant aux effets du contact des bourdonnets, imbibés de la solution phéniquée, je n'en ai pas constaté de fâcheux. Une fois la masse placentaire expulsée, et la fétidité des sécrétions supprimée, je n'ai rien observé qui pût être rapporté à quelque condition fâcheuse existant dans la sphère génitale. A M. Doléris je répondrai : Certes, cette femme en a pour de longs mois avant de se remettre, mais à cause de ce qu'elle avait perdu de sang avant mon intervention. Comme je l'ai dit, en semblable occasion je serai disposé à agir, plus rapidement et plus radicalement, surtout si la femme pouvait, à un certain moment, manquer des secours nécessaires. Mais, dans ce cas, si j'ai recouru à une méthode moins radicale, c'est parce que la femme était mourante et que l'intervention que j'adoptai me parut moins risquée.

DOLÉRIS. — **Salpingite et castration. — Évacuation artificielle des collections enkystées de la trompe par la dilatation et le drainage de l'utérus.** — Ce mémoire est fort détaillé, et force nous est de le

résumer très succinctement. Il comprend deux parties. Dans la première, l'auteur dresse un véritable réquisitoire contre les chirurgiens qui, cédant à l'impulsion énorme qu'a reçue dans ces dernières années la chirurgie abdominale, se décident avec trop de précipitation à extirper trompes ou ovaires. En beaucoup trop de cas, on a fait courir à des femmes les dangers sérieux qu'entraînent la castration, la salpingotomie, alors qu'il ne s'agissait en réalité que de processus, d'altérations qui auraient guéri grâce à un traitement plutôt médical que chirurgical, ou qui sont justifiables de la méthode d'intervention adoptée par l'auteur, méthode dont il donne plus loin les détails de technique. Il est même arrivé qu'on a extirpé des organes dans lesquels l'examen anatomique n'a révélé aucune altération importante. D'ailleurs, dit franchement l'auteur, « je puis parler hautement de ces exagérations, car j'ai agi ainsi, à mon insu et par erreur, c'est vrai ; mais je n'en fais pas moins mon *mea culpa* ».

Dans la 2e partie, Doléris traite surtout de la technique opératoire, et cherche à expliquer, théoriquement, les effets de son mode opératoire, pour les collections enkystées de la trompe. Ce traitement consiste essentiellement dans les détails suivants :

1° Dilatation de l'utérus (tiges de laminaire, et éponges préparées antiseptiques). Il faut arriver à dilater, uniformément, la matrice et maintenir cette dilatation pendant plusieurs jours.

2° Curettage, minutieux de la cavité utérine, surtout dans la région des *ostia uterina*; désobstruer ces orifices de déversement des liquides tubaires des fongosités de nature à empêcher l'écoulement des liquides.

3) Drainage, réalisé avec de la gaze iodoformée, qu'on tasse soigneusement dans la cavité utérine. Cette méthode de traitement a donné à l'auteur d'excellents résultats. Les observations seront communiquées ultérieurement.

Discussion : Terrillon, Porak, Doléris.

Gresloc. — **Abaissement de l'utérus amélioré par la grossesse.** — Jeune femme, ayant eu déjà 2 grossesses, dont 1 fausse couche et 1 accouchement à terme. Atteinte d'un prolapsus utérin, assez accusé pour que l'orifice externe ne fût qu'à 2 cent. de la vulve, et assez pénible pour que tout travail fût devenu impossible, elle redevint enceinte. Accouchement à terme. Dans le but de guérir le prolapsus, l'auteur retint sa cliente au lit durant 12 semaines, et

lui fit prendre des injections astringentes. Après ce laps de temps, il constata que la matrice était plus élevée, que le col était devenu distant de 5 cent. de l'orifice vulvaire. D'autre part, la malade débarrassée de ses anciens malaises, reprit ses occupations. Et, aujourd'hui, après 6 mois, l'amélioration dans la situation de la matrice, est la même.

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE DE DRESDE

Séance du 12 avril.

Présentations : LÉOPOLD : a) **Nouveau-né, atteint de spina bifida.** Léopold à essayé de corriger, chirurgicalement, cette déformation, effet d'un vice de développement.

b) **Utérus** extirpé en totalité et dont la portion vaginale est le siège de lésions sarcomateuses.

c) **Kyste ovarique** au début et de la grosseur d'une orange.

d) **Kyste dermoïde** de la grosseur d'un œuf de poule.

MEINERT : a) **Polype du vagin** (*elephantiasis mollis*). — La pièce pathologique a été enlevée sur une femme âgée de 71 ans, hydropique, atteinte d'hémiplégie et d'aphasie (sclérose artérielle). De la forme et du volume d'un œuf de poule, ce polype prenait insertion sur la portion moyenne de la paroi postérieure du vagin. Histologiquement, on a trouvé les éléments constitutifs suivants : tissu connectif lâche et fibrillaire, cellules étoilées et quelques tractus musculaires ; très nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques dilatés, ainsi les éléments correspondants à la structure de l'élephantiasis mou, propre aux parties génitales externes.

b) **2 cas d'incision par le vagin de kystes tubaires.**

1° Femme âgée de 26 ans. Hypothèse d'une affection gonorrhéique à exclure avec grande probabilité, début de la maladie le 6e jour du *puerperium*. Appareil symptomatique d'une pelvi-péritonite exsudative avec phénomènes pyrétiques, intermittents. L'examen, pratiqué après 4 mois, ne révéla aucune fluctuation dans la masse qui comprenait l'utérus. Ce ne fut qu'au 4e mois que, dans le cul-de-sac de Douglas, apparut une tumeur fluctuante.

2° Femme âgée de 25 ans, IIpare. Le mari disait avoir communiqué à sa femme, dans la 4e semaine du *puerperium*, une

blennorrhagie contractée avec une femme publique. Dans la 12e semaine, péritonite partielle, exsudat fibrineux, collapsus imminent. Dans la 14e semaine, la fluctuation était manifeste dans la tumeur qui se développait rapidement au niveau du cul-de-sac de Douglas.

Dans les 2 cas, la ponction confirma le diagnostic fait de *collection liquide dans une trompe, tombée dans le cul-de-sac de Douglas.* Dans les 2 cas, les incisions et le drainage amenèrent la *guérison.* Il s'agissait dans l'un d'une hydrosalpingite, et dans l'autre d'une pyo-salpingite.

Discussion : Léopold, Bode, Meinert.

c) **Section césarienne pratiquée sur une femme atteinte d'accidents de nature septicémique.** — Femme âgée de 28 ans, arrivée au terme normal de la grossesse. Rupture de la poche des eaux 70 heures avant l'opération et, durant ce temps, à l'exception de 2 heures d'inertie survenue le 2e jour, contractions utérines très énergiques. A partir du 2e jour, fièvre, dyspné intense et vomissements incoercibles. Le 3e jour, épuisement marquée, sécheresse de la muqueuse buccale, soif vive, respiration accélérée et stertoreuse, température 39°, pouls 94, parfois défaillant. Enfant en 1re position du sommet; tête au-dessus du détroit supérieur. *Tympanisme de l'utérus. Bassin plat,* diamètre conjugué, 6 centim. *Opération.* Suivant la technique de Sänger, mais sans résection de tranche musculaire. Il s'échappa de l'utérus des gaz fétides, du liquide amniotique, et du méconiun. Toilette minutieuse de l'utérus. La surface séreuse, postérieure de l'organe était rugueuse et injectée, sans qu'il y eût toutefois traces de péritonite. Le 2e jour après l'opération, il survint des symptômes de plus en plus nets de péritonite exsudative. T. 39. P. 142. La partie inférieure de la plaie abdominale fut ouverte, ce qui donna issue à une grande quantité d'un liquide trouble. Lavage de la cavité péritonéale avec une solution salicylée à 1 0/00. Drains et mèches iodoformés. *Mort* 12 heures après cette seconde intervention. L'utérus était resté bien contracté.

L'enfant, qui avait été extrait en état d'asphyxie et ranimé, se développe bien.

Discussion : Léopold estime qu'il eût été préférable de pratiquer la craniotomie. Le salut de l'enfant n'aurait pas dû être mis en parallèle avec celui de la mère. Que la perforation, dans

les cas de tympanisme de l'utérus en apparence les plus désespérés, ait pu sauver la mère, c'est là un fait que tout accoucheur expérimenté peut affirmer. BODE dit qu'il avait été appelé comme premier médecin auprès de la malade. Que les conditions où se trouvaient la parturiente ne lui ayant pas paru extrêmement critiques, il s'était contenté de faire une prescription, ayant pour but de relever les forces de la malade et de régulariser les contractions. Retourné deux heures plus tard au domicile de la femme, il avait appris, à son grand etonnement, que, sur les conseils de son collègue, elle avait été transportée à la clinique de celui-ci, pour y être accouchée. Touchant l'intervention, il est d'avis qu'il eût mieux valu recourir à la craniotomie, complétée, si besoin était, par les incisions du col rigide et tuméfié. Il pense, en outre, que le fait du tympanisme utérin constituait une contre-indication de plus vis-à-vis de l'opération césarienne. MEINERT fait, à ces critiques, les objections suivantes : fallait-il ne rechercher que le salut de la mère? Mais, son existence était déjà plus que compromise. Cette femme était sous le coup de la forme la plus maligne de la septicémie. Il y avait donc lieu de mettre en balance la vie de l'enfant. D'ailleurs, en ce qui concerne le mode d'intervention, il ne faut pas oublier qu'il s'agissait d'un bassin rétréci, dont le diamètre antéro-postérieur n'avait que six centimètres, qu'en outre l'orifice externe était étroit et rigide et qu'en conséquence la craniotomie n'aurait pu être exécutée avec la facilité et la rapidité nécessaires. (*Cent. f. Gynäk.*, 1888, nº 31.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 13 *juillet* 1888.

Présentations : KELLER. **Tératome enchondromateux** (teratoma enchondromatodes). La tumeur, qui pèse 2800 grammes, a été enlevée sur une femme âgée de 20 ans, nullipare. Il en est donné une description, macroscopique et histologique, complète. C'est une tumeur mixte (tératome), qui se distingue de toutes les autres tumeurs, d'une part, par sa richesse en éléments cellulaires rappelant la structure des sarcomes ; d'autre part, par la présence de foyers disséminés constitués par du tissu cartilagineux jeune. C'est pour faire ressortir cette dernière condition de structure, que l'au-

teur a ajouté à la dénomination *tératome* l'épithète *enchondromateux.*

Il ajoute qu'il n'existe, à sa connaissance, dans toute la littérature médicale que deux cas de tumeurs semblables à celles-ci : l'un a été communiqué à l'Institut de clinique et de pathologie de Glasgow par Beastson et Coats, l'autre a été rapporté par Marchand.

ORTHMANN. — **Pyosalpingite tuberculeuse double** — Cette pièce pathologique a été enlevée sur une femme, âgée de 32 ans. Depuis quelque temps, elle ressentait des douleurs hypogastriques et avait constaté le développement, dans le bas-ventre, de noyaux durs. Admise dans le service de Martin, l'examen qu'elle y subit révéla les conditiocs suivantes : de chaque côté de l'utérus, existait une tumeur dure, peu douloureuse, mobile, et qui paraissait reliée à la matrice. En raison de la dureté de ces tumeurs, et de leur connexion avec l'utérus, on s'arrêta au diagnostic probable de *myôme utérin sous-séreux.*

Laparotomie. — Elle permit de constater qu'il s'agissait d'une *salpingite suppurée double.* On fit l'hystérectomie supra-vaginale, et, avec la matrice, on enleva les annexes. Les deux trompes présentaient, chacune, une collection purulente, dont le volume dépassait celui du poing. De plus, l'examen microscopique démontra qu'il s'agissait bien de *salpingites de nature tuberculeuse.*

Durée de l'opération, 44 minutes. *Guérison,* après une convalescence troublée par quelques phénomènes fébriles. Opérée le 23 juin, la femme pouvait quitter l'hôpital le 17 juillet, étant parfaitement guérie.

SAURENHAUS. — **De l'état de l'endométrium dans les cas de carcinome de la portion vaginale et du col.** — Saurenhas a étudié, sur 50 utérus, qu'on avait extirpés en totalité parce qu'ils étaient le siège de carcinomes, l'état de la muqueuse du corps.

31 fois, l'opération avait été faite pour affection carcinomateuse du col, 19 fois pour carcinome de la portion vaginale. Dans 6 cas, il existait, indépendamment de la lésion cancéreuse, des myomes plus ou moins gros du corps de l'utérus, 2 fois il y avait de la pyométrie. A l'examen, la muqueuse du corps de l'utérus laissa constater les formes diverses de l'endrométrite de bonne nature.

En conséquence, Saurenhaus ne peut, d'après ses constatations, que nier résolument la soi-disant dégénérescence sarcomateuse de

la muqueuse du corps qu'Abel a dit devoir se produire dans les cas de carcinome de la portion et du col. Car, pour lui, les altérations de cette muqueuse sont de nature bénigne.

Discussion : TH. LANDAU. — Contrairement aux conclusions de Saurenhaus, il croit qu'on peut rencontrer, dans les cas de carcinome du col et de la portion vaginale, des altérations graves de la muqueuse du corps de l'utérus, telles que les a décrites Abel. Il tient en outre à faire remarquer qu'à ce dernier revient ce mérite d'avoir attiré l'attention vers l'étude de ces altérations. Quant au désaccord qui existe entre les résultats de Saurenhaus et ceux d'Abel, il découle peut-être de cette circonstance que ce dernier a porté ses investigations sur des utérus de femmes âgées de 20 à 30 ans, tandis que le premier a eu à sa disposition des organes ayant appartenu à des femmes dont l'âge variait entre 39 et 55 ans. Peut-être, l'involution physiologique qui s'accomplit aux environs de la ménopause, l'atrophie des vaisseaux lymphatiques, ont elles une influence prépondérante sur la nature des lésions ? En outre, des examens récents pratiqués par Abel, ayant porté sur dix utérus enlevés par Landau, n'ont fait que confirmer les résultats de ses premières recherches ; de nombreuses coupes ont démontré que, dans plusieurs de ces cas, la lésion principale consistait, non en produits d'une phlegmasie chronique, mais dans une néoplasie qui offrait les éléments caractéristiques du sarcome. ORTHMANN, OLSHAUSEN, VEIT, au contraire n'ont, tant par les examen anatomiques que par l'analyse des faits cliniques, constaté que le développement de lésions de nature purement inflammatoire. (*Cent. f. Gynäk*, 1888, n° 46.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 16 octobre 1888.

PRÉSIDENCE DE HANKS

E. H. GRANDIN présente un **bouchon extrait du vagin d'une fille de 19 ans.** La jeune fille prétend que ce corps étranger a été introduit par son fiancé, par vengeance, parce qu'elle lui résistait. Elle avait une rétroversion, et le bouchon a agi comme un excellent pessaire.

HANKS a extrait une bobine qui avait séjourné dans le vagin d'une fille pendant 10 ou 11 ans.

R. B. TALBOT. — **Pince à contre-pression.** Cette pince est destinée à soutenir les tissus durs, comme le col, lorsqu'on les suture. Elle saisit l'aiguille aussitôt qu'elle émerge des tissus et l'extrait sans difficulté et sans fracture.

A. P. DUDLEY. — **Pièces de 5 laparotomies; abcès de l'ovaire, pyosalpinx double, pyosalpinx et kyste de l'ovaire, pelvi-péritonite chronique, et hystérectomie sus-pubienne nécessitée par un fibrome.**

J. A. GUNNING. — **Abcès puerpéral.** Deux mois avant d'accoucher, la malade était tombée, le côté avait porté sur le dos d'une chaise. Lorsque Gunning vit la malade, sa température était de 40°,55. Elle mourut au bout de 21 jours.

WYLIE ne croit pas qu'un abcès gros comme une noix ait pu causer la mort, la malade a dû avoir une septicémie. Il insiste sur l'antisepsie.

MUNDÉ a vu des cas semblables à Vienne, et attribuait aussi la mort à la septicémie.

TUTTLE et DUDLEY ont la même opinion. Ce dernier croit apercevoir sur un point un fragment placentaire.

La pièce sera remise à l'anatomo-pathologiste.

P. F. MUNDÉ. — **Laparotomie faite pour réduire un utérus retourné.** L'auteur rappelle que Thomas a proposé de tenter la réduction au moyen d'une baguette à gants, introduite dans l'abdomen à travers une incision. Il mentionne aussi l'amputation de l'utérus inversé.

La malade lui a été envoyée par Nicolaï, de Harlem, qui n'a pas réussi, même dans le sommeil anesthésique, à réduire l'inversion.

Scharlau ne fut pas plus heureux avec les sacs élastiques.

Mundé trouva que la difficulté était causée par l'extrême mobilité de l'utérus, et échoua par la voie vaginale.

Il ne réussit pas mieux en introduisant la baguette des gantiers à travers une incision abdominale et se décida à faire l'ablation de l'utérus et des annexes.

Pendant 9 jours la température oscilla entre 38°,33 et 38,89. L'opérée se rétablit.

PRIESTLEY (de Londres), après avoir fait l'éloge de l'adresse des opérateurs américains, d'Emmet surtout, raconte un cas difficile dans lequel Sp. Wells et lui ont réussi, à l'aide du réducteur d'Ave-

ling. Il a vu Marey, de Boston, réussir par l'application de bandes élastiques sur le corps utérin.

B. M. EMMET, dans l'inversion, place des fils sur le bord du col, puis place autour du col un cercle de caoutchouc, maintenu par trois tiges qui servent à la contre-extension, tandis que l'anneau sert à la dilation.

BYRNE rappelle qu'il a inventé un intrument pour la réduction de l'inversion. C'est une sorte de coupe, dont le fond est mobile.

POLK cite un cas dans lequel Browne, de Baltimore, a opéré la réduction, en faisant des incisions sur la partie qui serrait l'utérus.

Mc LEAN conseille la dilatation avec les sacs élastiques.

Il est surprenant que Mundé dans un cas difficile n'ait pas essayé la méthode de Tait, de Cincinnati qu'il a lui-même décrite dans sa *Minor surgical Gynecology*, 2e éd., p. 343. Tait introduit un doigt dans le rectum ou dans la vessie pour fixer l'anneau constricteur, les deux pouces appuyés sur le fond utérin exercent sur lui une pression destinée à le réduire. Votation d'une lettre de sympathie à la famille du Dr Freeman, de Brooklyn.

H.T. HANKS est élu président pour 1888-1889.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON

110e *séance* (29 *octobre* 1888).

Les membres se réunissent chez le Pr S. S. Adam, sous la présidence de BUSEY.

J. P. JOHNSON est élu présent.

BUSEY lit son discours présidentiel. **La craniotomie sur le fœtus vivant.**

Il cite Barnes (*Brit. med. Journ.*, 2 octobre 1886, p. 624) qui affirme que ce n'est pas une question de science pure ; mais que les lois divines et humaines y sont engagées.

Ce discours, écrit dans un esprit très élevé, agite d'importantes questions de déontologie. Il mérite d'être lu en entier.

Busey conteste au médecin le droit d'enlever au fœtus la vie, pour sauver celle de la mère, encore la mère succombe-t-elle assez

souvent : elle survit 93, 4/10 fois 0/0. Busey penche vers l'opération césarienne perfectionnée.

(Résumé d'après l'*Am. J. of. Obst.*, janvier 1889, p. 74 à 100, par A. Cordes.)

REVUE DE LA PRESSE

De la craniotomie à la clinique des femmes de Berlin. *Die kraniotomie an der Berliner frauenklinik, H. Determann.*

L'auteur, à l'exemple de Merkel et de Thorn qui ont traité du même sujet en s'appuyant sur les documents recueillis dans les cliniques de Leipsick et de Halle, s'est livré à une étude soigneuse sur les indications, le pronostic et l'avenir de la craniotomie, en utilisant les nombreux matériaux de la « *Frauenklinik* » de Berlin. Disons tout de suite que, comme conclusion de son analyse, il tient la craniotomie pour une opération qui ne doit désormais trouver place que dans des cas presque exceptionnels, tandis qu'il considère l'opération césarienne, perfectionnée, moderne (technique indiquée par Sänger) comme étant l'opération de choix. Voici d'ailleurs comment il termine son travail : « *La perforation de l'enfant vivant, si l'on excepte quelques cas, doit être abandonnée. Il n'est plus nécessaire de sacrifier au salut de la mère une vie jeune, au début. Cet idéal de l'accoucheur, lequel de tout temps a consisté à sauver la mère et l'enfant, a fait un grand pas vers sa réalisation* ».

Cette conclusion, l'auteur la déduit de la comparaison des chiffres de la mortalité maternelle après la craniotomie et après l'opération césarienne. Ces chiffres seraient par rapport à la première et pour la clinique de Berlin, depuis 1882, 9,4 0/0 ; par rapport à la seconde et pour l'Allemagne 11,8 0/0. Dans ces conditions, la considération du salut des enfants ferait fortement pencher la balance du côté de l'opération césarienne.

A ce sujet, nous ferons remarquer, sans toutefois risquer de conclusion définitive : 1° que M. Pinard, dans une leçon ayant pour sujet « *le parallèle entre l'opération césarienne et la basio-*

tripsie » (1) a fourni les résultats obtenus, avec cette dernière, dans les hôpitaux de Paris et établi que sur 49 cas elle avait donné 49 succès, donc : *mortalité maternelle nulle;* que, de plus, *les suites de couches avaient été absolument physiologiques.*

2° Que les résultats fournis en France par l'opération césarienne plus ou moins modifiée, mais faite au milieu des précautions antiseptiques les plus rigoureuses, n'a pas donné, loin de là ! les mêmes succès que ceux annoncés en Allemagne.

3° Que, pour longtemps encore, la craniotomie sera plus à la portée du grand nombre des médecins, plus aptes à se servir du céphalotribe, du basiotribe, ou du perforateur par l'habitude qu'ils ont des autres opérations qu'ils sont souvent appelés à pratiquer *in utero*, qu'à exécuter la section césarienne perfectionnée, dont les indications ne se présentent à eux que fort rarement.

L'auteur allemand ne fait aucune allusion au travail de M. Pinard. Entrons maintenant dans l'analyse détaillée du sien.

Il prend en considération les cas qui se sont produits du 1er avril 1876 au 1er octobre 1887, soit durant un intervalle de 11 années 1/2. On a fait 239 craniotomies. Le rapport numérique des craniotomies à l'ensemble des accouchements est 2205; 239, ou 1,08 0/0; pour la policlinique, 13117: 194 ou 1,40 0/0; pour la clinique 8934 : 45 ou 0,51 0/0.

Si l'on compare ces résultats avec ceux que Merkel et Thorn ont constatés pour les cliniques de Leipsick et de Halle, on voit que ce rapport est pour la première 1,77 0/0 et pour la seconde 1,12 0/0. En conséquence, c'est à Berlin que la proportion centésimale des craniotomies est la plus faible, soit : 1,08 0/0.

Par rapport aux autres opérations obstétricales pratiquées du 1er avril 1886 jusqu'au 1er avril 1887, on trouve pour.

Craniotomies	18
• Les chiffres suivants :	
Applications de forceps	151
Versions	190
Embryotomies	2
Extractions	237

Ce qui donne, *en moyenne*, une craniotomie pour 8-9 applications de forceps et pour 15-16 versions.

(1) Vid. in *An. de gyn. et d'obst.*, 1887, p. 315 et *Union méd.*, 30 août 1887.

Quant aux 239 femmes qui du 1er avril 1876 au 16 octobre 1887 ont subi la craniotomie, elle se répartissent, suivant le nombre des accouchements, de la manière suivante :

I pare	80
II pare	33
III pare	25
Pluripare	96
	234

(Dans 5 cas, le nombre des accouchement n'est pas indiqué.)

Il suffit d'un simple coup d'œil pour reconnaître que, relativement, le nombre des primipares chez lesquelles la craniotomie à été faite, l'emporte sur les autres. Et c'est là une circonstance qui concorde avec les constatations faites par Merkel et Thorn.

Pourquoi la craniotomie est-elle plus fréquemment employée chez les primipares ? Les lenteurs de la dilatation, une fois la poche des eaux prématurément rompue, la fièvre favorisent la mort du fœtus, et par suite, créent des indications plus fréquentes à la perforation. D'autre part, souvent, chez les multipares, on écarte la nécessité d'en arriver à la craniotomie, en recourant à l'accouchement prématuré, etc.

Il est en outre remarquable qu'entre les primipares, c'est surtout chez celles dont l'âge varie de 28 ans à 34 que la craniotomie est le plus souvent pratiquée. Cela tient à ce que, chez ces sujets, les parties molles ont déjà acquis un certain degré de rigidité, et qu'en outre, leurs enfants ont un crâne plus volumineux, plus résistant que celui des enfants appartenant à des sujets plus jeunes.

Dans la grande majorité des cas, il s'agissait de présentations du sommet ; soit 197 sur 239 dont 119 en première position, 78 en 2e position.

Indépendamment de ces présentations du sommet, il y avait 4 présentations de la partie antérieure du crâne (Vorderhauptslagen), 4 présentations de la face, 4 du front, 5 obliques, 14 transversales et enfin 5 présentations du siège. Dans 5 cas, le mode de présentation n'était pas noté.

Si on rapproche ces chiffres de ceux consignés pour Leipsick et Halle, on a :

	LEIPSICK	HALLE	BERLIN
1re position du sommet	51	38	119
2e — —	31	27	78
Présentation du sinciput	1	3	4
— de le face	3	2	4
— du front	6	—	5
— oblique	1	—	5
— transversale	5	1	14
— du siége		3	4
— des pieds		6	1
	97	80	234

En ce qui concerne les complications, qui ont influé sur l'intervention, il est relevé :

Prolapsus du cordon	49	fois.
Placenta prævia	1	—
Myôme au détroit supérieur	2	—
Hydrocéphalie	14	—

De toutes les difficultés mécaniques ayant apporté un obstacle à la terminaison naturelle de l'accouchement, ce sont celles qui dérivaient d'un rétrécissement du bassin, qui, de beaucoup, tenaient la 1re place. C'est à peine si sur les 239 bassins, 34 pouvaient être tenus pour normaux.

Dans les cas où les bassins étaient normaux, les obstacles mécaniques étaient liés à des causes diverses : volume excessif de la tête fœtale (hydrocéphalie, 5 fois); défectuosités des parties molles, étroitesse absolue de l'orifice externe; myômes obstruant l'entrée du bassin et irréductibles; présentations du front, de la face, etc.

En 23 cas, il n'est pas fait mention des dimensions du bassin ; en 51, du volume et du poids de l'enfant. Mais, en moyenne, ce poids a été de 3859 grammes. Les fœtus les plus lourds pesaient 7990, 6250 et 5600 grammes, substance cérébrale et sang non compris.

Des enfants craniotomisés, il y avait 70 0/0 garçons, et 30 0/0 filles. Ces résultats s'accordent avec ceux indiqués par Merkel et Thorn.

A propos des indications de la craniotomie, la distinction qui suit importe beaucoup : L'ENFANT EST-IL VIVANT, OU BIEN EST-IL MORT ?

Or, la craniotomie fut pratiquée :

Sur des enfants morts.................... 188 fois.
Sur des enfants vivants.................. 45 —

Soit, comme rapport centésimal, de la craniotomie sur des enfants vivants, 19 0/0 ; comparativement avec Leipsick et Halle, on a :

A Leipsick .... 64 0/0.
Halle .... 25 —
Berlin .... 19 —

Sur les 239 cas de perforation, 47 fois la tête venait *dernière;* 5 fois elle occupait cette situation dès le début du travail, 32 fois, elle la devait à la version, qu'on avait pratiquée pour remédier à une présentation défectueuse ou dans l'espoir d'obtenir une ter minaison de l'accouchement que diverses conditions exigeaient urgente ou permettaient d'espérer en intervenant ainsi (présentation transversale du fœtus, rétrécissement du bassin, tympanite utérine, prolapsus du cordon, travail prolongé, décollement du placenta, déchirure du col compliquant l'hydrocéphalie, etc.).

Dans tous ces cas, *sauf dans deux*, l'enfant avait succombé avant qu'on pratiquât la craniotomie; dans plusieurs même la mort était antérieure soit à la version, soit aux tentatives d'extraction. La craniotomie fut pratiquée, parce qu'on avait échoué dans les autres tentatives d'extraction.

Restent 186 cas, où l'opération fut pratiquée sur la tête *première*, 143 fois sur l'enfant mort et 43 fois sur l'enfant vivant.

Dans les 143 premiers cas, le seul fait que l'enfant était mort suffisait, quand une observation assez longue du travail avait donné la certitude qu'il ne pouvait se terminer spontanément, pour qu'on terminât rapidement l'accouchement. D'ailleurs, dans tous ces cas, il existait d'autres circonstances qui militaient en faveur de cette terminaison rapide (rétrécissement du bassin, excès de volume de la tête fœtale, myôme, étroitesse absolue de l'orifice externe, etc.).

Dans 74 cas, ces conditions d'intervention étaient indiscutables, impérieuses :

Éclampsie.................................. 1 fois.
Tympanite utérine......................... 33 —
Fièvre vive................................ 18 —
Rupture utérine imminente................ 18 —
Rupture utérine accomplie................ 5 —

Dans 69 autres cas, il existait encore des raisons pour terminer sans tarder l'accouchement : épuisement de la femme par un travail prolongé, interventions multiples faites déjà en ville, etc.

Quant au choix fait de la craniotomie, il trouvait sa raison en cela qu'elle constituait la meilleure manière de débarrasser la femme de l'enfant mort; que, presque toujours, la tête fœtale était au-dessus du détroit supérieur et que l'application du forceps dans ces conditions est une opération plus délicate que la première; que les dangers imminents de rupture utérine étaient en certains cas une contre-indication à des tentatives de version, que dans d'autres la version était rendue impossible par l'état tétanique de l'utérus; que, dans d'autres circonstances, où la tête s'était engagée dans l'excavation, le forceps avait déjà échoué.

Viennent maintenant les 43 cas, dans lesquels l'enfant était *vivant*. C'est dans ces conditions que la craniotomie doit être sérieusement motivée. Il ne faut y avoir recours que la main forcée par les considérations suivantes : a) *on a déjà tenté inutilement les autres méthodes d'extraire l'enfant ;* b) *on a reconnu que les autres méthodes d'extraction sont irréalisables;* c) *ou bien, elles sont de nature à mettre en danger la santé ou même l'existence de la mère.*

Chez 15 de ces 43 enfants, les bruits du cœur étaient déjà, avant la perforation, extrêmement affaiblis et irréguliers. En outre, dans 8 de ces 15 cas, l'intervention était commandée par l'imminence de la rupture de l'utérus.

Suit l'observation, très résumée, des 7 autres cas.

Abstraction faite de 15 cas, il reste donc 28 craniotomies avant lesquelles on entendait encore les bruits fœtaux dans toute leur force, et à propos desquelles l'opérateur était convaincu qu'il allait faire la perforation sur un enfant *vivant et viable*. Or, dans ces cas, la nécessité d'intervenir était impérieuse: il ne paraissait pas y avoir d'autre moyen de sauver la mère que de sacrifier le fœtus. Les indications se répartissaient comme il suit :

Imminence de rupture de la matrice........	12 fois.
Rupture faite............................	2 —
Tympanite utérine........................	2 —
Fièvre élevée............................	4 —
Épuisement profond.......................	2 —

Suivent des détails circonstanciés de ces cas.

Ici encore, il est consigné que chez beaucoup de ces femmes, on avait, avant que la craniotomie fut pratiquée, inutilement eu recours à d'autres opérations, dont beaucoup faites en ville (forceps 31 fois, tentatives de version 25 fois, tentatives successives de forceps et de version 8 fois).

Pronostic de la craniotomie.

Cas de mort **26** sur 239 cas, soit comme chiffre de la *mortalité maternelle* 10,87 0/0.

Si on compare ces résultats avec ceux obtenus à Leipsick et à Halle, on a :

Berlin	10,87 0/0.
Leipsick	8 —
Halle	12,5 —

(Thorn fait nettement remarquer que nombre de ces cas sont antérieurs à l'application de la méthode antiseptique.)

D'autre part, si l'on compare les chiffres des craniotomies faites dans ces 3 cliniques sur l'enfant vivant, on a :

Berlin	19 0/0.
Leipsick	64 —
Halle	25 —

L'auteur, en raison de l'écart si considérable qui existe entre ces chiffres, exprime l'opinion qu'on se hâte sans doute trop, à Leipsick, de sacrifier l'enfant au salut de la mère, que le nombre des craniotomies qu'on y pratique doit être, relativement, plus considérable et que cela fournit aussi l'explication de l'infériorité du chiffre de la mortalité maternelle par rapport à cette opération, établi pour cette clinique,

Il entre ensuite dans des détails circonstanciés sur les 26 cas de mort, observés à Berlin.

Sauf dans deux, la mort a eu comme cause la septicémie ou la rupture de la matrice, et ces causes ont eu le même nombre de terminaisons malheureuses à leur actif : 12. Dans l'un des deux autres cas, il s'agissait d'une femme très anémique, ayant tous les signes d'une nutrition défectueuse. Atteinte en outre déjà, avant qu'on l'eût accouchée, de tympanite utérine, elle mourut 3 heures après l'accouchement dans le collapsus. Dans l'autre cas, la cause de la mort resta inconnue.

Des 12 femmes, tuées par la septicémie, 7 étaient déjà infectées avant leur arrivée à l'hôpital. Il est rationnel, dans ces conditions, de ne pas charger la craniotomie de ces décès. D'autre part, dans un cas, il fallut pratiquer l'extraction manuelle du placenta, intervention qui constitue par elle-même une circonstance défavorable.

Dans les 4 autres cas, on n'a pu dégager aucune autre cause de mort en dehors de la septicémie ; toutefois, il n'est pas impossible que l'infection ait eu une autre origine que la perforation.

En ce qui concerne les cas de rupture, 5 fois la rupture s'était déjà produite avant l'arrivée de la parturiente à l'hôpital, et, tout compte fait, ce n'est seulement que dans un cas qu'on fût autorisé à rejeter sur la craniotomie et l'extraction la production de l'accident.

En considération de cette analyse critique et du fait qu'une partie de ces observations datent d'une époque où l'antisepsie était en voie de développement, Determann déclare que la craniotomie doit être considérée comme une opération entraînant peu de dangers, quant à l'existence de la mère, à la condition qu'on apprécie judicieusement les indications de son application, que l'opération soit parfaitement réglée, et qu'on réalise une antiseptie rigoureuse.

L'influence favorable des précautions. antiseptiques ressort de la comparaison des chiffres de la mortalité maternelle pour les opérations pratiquées avant 1882 et après 1882.

Avant 1882...........................	12,8 0/0.
Après 1882...........................	9,4 —

L'auteur entre ensuite dans quelques détails sur les complications qui furent observées durant les suites de couches, après la craniotomie, fièvre légère (17 fois), fièvre septique intense (9 fois), pyohémie grave (1 fois), etc.). Mais, dans presque tous ces cas de *suites de couches compliquées*, il existait déjà avant l'accouchement des accidents incontestables, fièvre, tympanite utérine, etc. En sorte qu'il eût été injuste de mettre tous ces accidents sur le compte de la craniotomie. D'ailleurs, conclut Determann, le pronostic de la craniotomie, au point de vue de son action sur les suites de couches est nettement favorable. Car, indépendamment de ce fait qu'on était autorisé à invoquer pour la plupart des accidents d'autres facteurs étiologiques, *toutes les femmes ont complètement guéri.*

Il consacre ensuite un court appendice aux résultats fournis par l'opération césarienne perfectionnée, et par l'opération de Porro, établit que la première a décidément battu sa rivale, et que celle-ci (op. de Porro) ne doit plus trouver son application que dans les conditions rares que voici :

1° Quand l'infection est déjà accomplie. Parce que l'utérus, devenu le siège d'un foyer d'infection, est souvent durant les suites de couches le point de départ de péritonite, d'accidents de septicémie, et que pratiquer une incision sur un tel organe ne peut qu'augmenter le danger. Mieux vaut extirper l'utérus.

2° Quand on a affaire à des sujets profondément débilités auxquels on veut éviter les dangers associés aux suites de couches.

3° Dans les cas, où la présence de néoplasmes, en particulier de fibrome, milite en faveur de l'extirpation de la matrice.

4° Lorsqu'on se trouve en présence d'une ostéomalacie grave, contre laquelle la stérilité peut agir à titre de moyen curatif.

Quant à l'opération césarienne, elle exige l'observation de 3 conditions :

1° Suture soigneuse avec ou sans résection d'une tranche musculaire.

2° Antisepsie rigoureuse.

3° Opération précoce, c'est-à-dire, peu après le début des contractions.

En terminant cette analyse, nous dirons : Certes, là où les opérateurs ont pu arriver, grâce à l'intervention si heureuse de la méthode antiseptique et aussi aux perfectionnements apportés à l'opération césarienne, à obtenir avec cette dernière, sous le rapport de la mortalité maternelle, des chiffres à peu près aussi favorables (Cran. 9,4 0/0 — Op. c. 11,8 0/0) que ceux fournis par la craniatomie, l'hésitation n'est plus permise. Le salut de l'enfant commande le mode d'intervention. Mais, pour les autres, pour ceux qui, par exemple, comme les divers accoucheurs de Paris, ont pu sur 49 cas de basiotripsie, sauver 49 mères (mortalité maternelle NULLE), et observer après ces opérations *les suites d'un accouchement physiologique*, il paraîtra sans doute moins facile, même au cas où l'enfant vit, sauf conditions exceptionnelles (rétrécissement extrême du bassin, par exemple), de rejeter la craniotomie. D'autant moins facile, que l'impression causée par quelques opérations césariennes, un très petit nombre il est vrai, à issue malheureuse,

malgré l'habileté des opérateurs et leur fidélité à l'observation rigoureuse des précautions antiseptiques, n'est pas complètement effacée, et que, d'autre part, même en Allemagne où les résultats obtenus par certains opérateurs sont si tentants, il est encore des chirurgiens éminents, comme Léopold, Wider, etc., qui ne reconnaissent pas, aussi délibérément, le triomphe décisif de l'opération césarienne. Il suffit pour s'en convaincre de prendre connaissance de la discussion qu'a provoquée à la *Soc. gynécologique de Dresde*, dans la séance du 12 avril 1868, une communication de Meinert relative à un cas « d'*opération césarienne pratiquée sur une parturiente atteinte d'accidents de septicémie* ».

(*Zeits. f. Geb. und Gynæk.*, 1888. Bd XV, Hft II.)

Analyse et traduction par le Dr R. LABUSQUIÈRE.

BIBLIOGRAPHIE

Traité du palper abdominal, au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes, par A. PINARD, prof. agrégé, accoucheur de l'hôpital Lariboisière. 2e éd., un vol. in-8o de 400 pages, avec 35 figures. G. Steinheil, éditeur, Paris, 1889.

Depuis dix ans la pratique du palper employé comme moyen de diagnostic des présentations et des positions pendant la grossesse s'est répandue partout, elle est connue de tous ceux qui se sont occupés d'obstétrique.

Recommandé depuis fort longtemps, employé superficiellement par beaucoup, dédaigné par un grand nombre, le palper abdominal, malgré de nombreux et importants travaux démontrant son utilité, n'était apprécié, au moins en France, que d'un petit petit nombre d'accoucheurs instruits et délicats qui avaient bien compris le parti qu'on en peut tirer, l'employaient dans leur pratique personnelle, en instruisaient quelques élèves : cela n'allait pas plus loin, beaucoup d'efforts en somme avaient été tentés presque en vain pour mettre à la portée du grand public médical un procédé d'exploration qui doit rendre aux femmes enceintes et aux accoucheurs autant et plus de services que le toucher et l'auscultation.

Je crois n'être que juste envers mon maître et ami le Dr Pinard en affirmant que c'est à dater de la publication de son livre, en 1878, que le palper est tombé dans le domaine public.

Ce petit volume a donc exercé une grande influence sur l'instruction obstétricale de notre pays.

La première édition étant épuisée, la librairie Steinheil en fait paraître une seconde.

La plupart des chapitres y sont reproduits tels que nous les connaissons, mais il y a de nombreuses nouveautés, c'est de celles-ci que nous voulons surtout parler.

La deuxième édition, beaucoup plus considérable que la première, forme un beau volume de 400 pages; elle est divisée en trois parties :

La première traite de l'accommodation du fœtus pendant la grossesse ou des causes des diverses présentations : ici peu de choses nouvelles : il n'y a rien à changer à ce qui avait été dit. La figure 1 représentant le placenta et les membranes d'un utérus malformé, mérite d'être regardée attentivement.

La deuxième partie a pour objet : Le palper abdominal au point de vue obstétrical.

Elle contient la plupart des acquisitions récentes faite par l'auteur au profit du palper.

C'est d'abord un chapitre presque entièrement nouveau sur la recherche de l'utérus pendant la première moitié de la grossesse : le volume, la consistance, la forme de l'organe pendant cette période y sont étudiés avec soin, « au troisième mois, dit M. Pinard, le fond de l'utérus est ordinairement à 9 cent. au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne; au quatrième mois, il est à quinze centimètres environ, avoisinant plus ou moins l'ombilic. Je n'ai jamais rencontré, un utérus dont le fond ne dépassât pas l'ombilic au cinquième mois ». Ces données diffèrent notablement de ce qui est généralement enseigné.

Puis vient le diagnostic de la grossesse par le palper dans les cas où le fœtus mort est retenu dans la cavité utérine.

Pendant la première moitié de la grossesse « ce palper peut faire reconnaître l'utérus se présentant dans trois conditions distinctes :

1° L'utérus est perçu difficilement, on a la plus grande peine à en apprécier le contenu;

2° L'utérus est perçu facilement sous la forme d'un globe constamment dur, la contraction est permanente, l'expulsion ne tardera guère.

3° L'utérus est perçu assez facilement sous la forme d'une tu-

meur molle, élastique, et qui peut se contracter sous la main ».

Dans la seconde moitié de la grossesse, le palper permet le plus souvent de percevoir non seulement les modifications du contenant : l'utérus, mais encore les modifications du contenu : l'œuf, et en particulier le fœtus : les sensations fournies par celui-ci depuis le jour de sa mort jusqu'au moment de son expulsion sont analysées d'une façon magistrale.

L'auteur passe ensuite en revue les services que le palper peut rendre pour aider au diagnostic de la grossesse dégénérée et de la grossesse extra-utérine : ces deux petits chapitres contiennent des faits extrêmement intéressants.

Plus loin, poursuivant le diagnostic des présentations et des positions, il insiste quand le sommet est engagé sur un signe déjà bien mis en lumière par lui, la *saillie constituée par la région frontale.*

Dans la présentation du siège, il accorde plus d'importance au sillon du cou qu'au ballottement céphalique : « la sensation du sillon a plus de valeur encore que le ballottement ; ce dernier pouvant, dans quelques cas, être fourni par le siège ».

« Pour moi, ajoute-il, le signe caractéristique, pathognomonique de la présence de la tête au fond de l'utérus, est la *constatation du sillon du cou.* Le ballottement peut être obtenu alors que le siège est en haut et que l'on a affaire à une occipito-postérieure, tandis que la perception du sillon du cou indiquera nettement où se trouve la tête..., tandis qu'on perçoit un plan continu, une surface unie entre le siège et le tronc, on sent une dépression, un vide assez marqué entre le tronc et la tête, les doigts s'enfonçant au niveau de la région cervicale ».

Je ne fais que signaler l'important chapitre qui concerne la grossesse multiple, et regrette de n'y pas trouver l'observation si remarquable de grossesse trigémellaire arrivée à terme, recueillie tout récemment à la Maternité de Lariboisière, et dans laquelle le diagnostic avait été affirmé uniquement d'après les sensations fournies par le palper.

J'arrive à une application absolument nouvelle de la méthode, au *palper mensurateur.*

L'insuffisance des données fournies par le toucher mensurateur, l'incertitude forcée sur les dimensions de la tête fœtale calculées d'après l'âge toujours approximatif de la grossesse, ont conduit M. Pinard, comme bien d'autres, à chercher de nouvelles indica-

tions nettes d'intervention immédiate ou prochaine dans les cas de rétrécissement du bassin.

Le palper mensurateur lui permet à chaque moment de la grossesse, dans les derniers mois, d'apprécier que la tête peut ou ne peut plus pénétrer dans l'excavation : peu importe le volume absolu de cette tête, les dimensions exactes de l'ouverture pelvienne, ce qui nous intéresse c'est de savoir si la première pourra oui ou non franchir la seconde.

Voici comment M. Pinard décrit le procédé :

« Dès que chez une femme enceinte dans le cours du septième mois, je trouve la tête non engagée, je ramène cette dernière, si elle n'y est déjà, au-dessus de l'aire du détroit supérieur, je l'abaisse, je fais en sorte que la présentation soit franchement longitudinale pour que la tête soit parfaitement d'aplomb au-dessus de l'excavation. Je la saisis alors avec les deux mains, du front à l'occiput, en lui imprimant quelques mouvements de latéralité afin de la faire toucher par le plus grand nombre de points possibles à l'ouverture pelvienne ; et cela fait, je la fixe en portant ma main au niveau du cou et en pressant de haut en bas. Puis avec l'autre main, je vais à la recherche de l'arc antérieur du bassin, du bord de la symphyse pubienne, et, à ce niveau, je tente en déprimant la paroi abdominale d'insinuer mes doigts entre la symphyse et la tête, tout en continuant à pousser avec l'autre main de haut en bas... Je me rends alors aisément compte de l'engagement facile, possible ou impossible de la tête dans l'excavation.

J'apprécie, quand la tête est arrêtée au niveau de la symphyse, prise qu'elle est entre l'arc antérieur du bassin et l'angle sacro-vertébral, si elle déborde la symphyse, et de combien elle la déborde. »

J'ai vu maintes fois depuis plusieurs années M. Pinard pratiquer le *palper mensurateur* dans son service à Lariboisière et j'ai chaque fois été frappé de la précision des renseignements qu'il en tirait : il ne conseille pas pour cela de négliger le toucher mensurateur « seulement, déclare-t-il, je crois aujourd'hui que le *palper mensurateur*, en permettant d'apprécier en même temps le rapport qui existe entre les dimensions de la tête et celles du bassin, donne des indications plus nettes, plus précises que le toucher, et que c'est lui qui, dans la pratique, doit guider l'accoucheur en ce qui concerne le moment et la nature de l'intervention. »

Entre les mains du Dr Pinard ce nouveau procédé donne des résultats remarquables : sont-ils plus difficiles à apprécier que ceux qu'on obtient par le toucher? je ne le crois pas, c'est affaire d'habitude : et je suis convaincu pour ma part que le *palper mensurateur* est appelé à rendre les plus grands services à tous ceux qui possèdent la pratique du palper.

Suivent deux chapitres intéressants l'un sur le diagnostic de l'hydrocéphalie, contenant beaucoup de faits nouveaux, l'autre entièrement neuf sur le palper pratiqué pendant la période de délivrance: à mon sens ces quelques pages présentent une importance pratique considérable.

La troisième partie est consacrée à la version par manœuvres externes.

Le manuel opératoire est décrit avec plus de détails que dans la première édition, l'auteur insiste sur les moyens de mobiliser le fœtus quand il s'agit de transformer la présentation du siège en celle du sommet, il montre bien que c'est sur l'extrémité pelvienne qu'il faut agir surtout pour faire évoluer le fœtus.

La statistique de la Maternité de Lariboisière vient peser d'un grand poids en faveur de l'opération. Employée pour corriger la présentation de l'épaule, la version par manœuvres externes est acceptée sans contestation.

Dans la présentation du siège son utilité est au contraire discutée, avec passion même de la part de quelques-uns. M. Pinard exprime ainsi son opinion à ce sujet : « Les adversaires de la version par manœuvres externes dans la présentation du siège sont à l'heure actuelle *des adversaires de parti-pris*... Leur opposition ne repose sur rien de sérieux et est, chez la plupart d'entre eux, d'autant plus vive, qu'ils ont moins l'expérience de cette opération ».

Elle a déjà fait ses preuves, elle fera son chemin : les femmes qui sont intéressées à voir disparaître les présentations défectueuses viennent de plus en plus consulter pendant leur grossesse : les présentations transversales disparaîtront, celles du siège deviendront de plus en plus rares et, quoi qu'en pensent les détracteurs de la méthode, femmes et enfants s'en trouveront bien.

Pour maintenir le fœtus dans la situation nouvelle qu'on lui a imposée, M. Pinard conseille l'emploi de sa *ceinture eutocique* : l'utilité et l'efficacité de celle-ci sont incontestables.

Le volume contient à la fin un appendice intitulé : De la transformation de la présentation de la face en présentation du sommet par des manœuvres externes et internes combinées.

Voici comment cette manœuvre est décrite : elle n'est, dit l'auteur, qu'une variante de la vieille *méthode française :*

« Le diagnostic de la présentation étant établi, après avoir constaté que la région fœtale n'est pas assez engagée pour que la bascule ne puisse se faire, il faut introduire deux doigts ou la main dans le vagin et les appliquer sur la fontanelle antérieure généralement accessible car elle se trouve au centre du bassin ou en est très rapprochée.

Cela étant fait, l'autre main restée libre va à l'extérieur à la recherche de l'occiput. Lorsque la main est bien appliquée sur cette région, des pressions simultanées seront exercées de la façon suivante : tandis que les doigts presseront de bas en haut sur les portions du frontal, les doigts appliqués sur l'occiput à travers la paroi abdominale presseront de haut en bas. Pour réussir plus facilement il est nécessaire que les pressions soient dirigées non seulement de haut en bas et de bas en haut, mais encore latéralement et en sens inverse. »

A l'appui, quatre observations dans lesquelles la manœuvre a pleinement réussi.

Avec ces nombreuses et si importantes additions, la seconde édition présente un très vif intérêt pour tous ceux qui veulent apprendre ou qui savent les accouchements.

L'édition de 1878 a imposé le palper dans la pratique obstétricale, celle de 1889 consacre l'extrême utilité de la méthode et lui assure de nouveaux succès en augmentant l'importance des services qu'elle doit rendre.

CHAMPETIER DE RIBES,

Accoucheur des hôpitaux.

Le Gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1889

TRAVAUX ORIGINAUX

LEÇONS SUR LES
PROLAPSUS DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

Par M. **Trélat**

Professeur de clinique chirurgicale à la Charité

Recueillies et rédigées par M. le Dr Barette, chef de clinique chirurgicale.

CINQUIÈME LEÇON

De l'opération d'Alquié — Alexander. — Raccourcissement des ligaments ronds.

Sommaire : Deux observations de rétroversoflexion. — Historique de l'opération du raccourcissement des ligaments ronds : Alquié (de Montpellier), 1840. — Deneffe (de Gand), 1864. — William Alexander (de Liverpool), 1881. — Adams (de Glascow), 1882. — Objections formulées contre l'opération : dangers, inefficacité, inexécutabilité. — Causes d'insuccès. — Adhérences utérines dans la rétroversoflexion, gracilité extrême des ligaments. — Indications de l'opération dans les prolapsus. — Sa combinaison avec les autres opérations. — Particularités opératoires. — Points de repère. — Adhérences de la terminaison du ligament dans le canal inguinal. — Invagination péritonéale. — Anomalie d'insertion du ligament rond sur l'utérus (cas de M. Marchant). Résultats de l'opération.

Messieurs,

Il y a deux ans environ, j'eus à donner mes soins et mes conseils à une jeune dame de 32 à 33 ans atteinte d'une rétro-

flexion utérine très marquée. Mariée à 20 ans, cette jeune femme avait eu, dans l'espace de 12 ans, cinq enfants et deux fausses couches ; très courageuse elle avait surveillé leur éducation, les avait nourris tout en donnant ses soins à la direction de sa maison. A l'examen on constatait un col assez allongé, et une rétroflexion réductible sans aucune autre altération dans la situation des organes pelviens. Le périnée était normal et résistant. Pendant près de trois mois j'essayai tous les moyens usuels pour remettre son utérus en bonne position. Redressement manuel, redressement à l'aide de l'hystéromètre, pessaires variés, tout fut employé et successivement mis en œuvre. Malgré les meilleurs instruments, malgré les meilleurs pessaires, malgré même la ferme volonté de la malade, femme intelligente et désireuse de guérir, la rétroflexion se reproduisait et se maintenait inréduite. A bout de moyens, je proposai en dernier lieu l'opération d'Alexander-Adams, elle fut refusée, il faut avouer que je n'insistai pas très énergiquement, je n'étais pas suffisamment édifié sur sa valeur et ses réelles indications.

Il nous est entré récemment dans le service de la clinique une malade très analogue à la précédente et dont voici l'observation.

Observation I

Mme P., âgée de 39 ans, couturière, a été réglée à 11 ans. Mariée à 20 ans elle a eu, en 15 ans, 14 enfants dont onze filles et trois garçons. Tous les accouchements ont été normaux et faciles, en effet elle est bien conformée dans son aspect général et malgré l'état de dépérissement que l'on constate aujourd'hui on reconnaît encore les marques extérieures d'une forme esthétique. Cette femme a été soumise à des travaux très durs, jamais elle n'a pu se soigner convenablement, en 1877, elle fut traitée dans ce même hôpital, dans le service de M. Bourdon, pour une métrite chronique. Elle eut des enfants après ce traitement car son dernier accouchement a eu lieu seulement en 1884.

Depuis deux ans elle souffre de plus en plus de douleurs abdominales, devenues intolérables depuis quelques jours. La mens-

truation est désordonnée, tous les 15 jours environ les règles reviennent et durent de 8 à 10 jours. Dans les quelques jours qui séparent ces écoulements sanguins elle a d'abondantes pertes blanches. Les douleurs vives, lancinantes, continues qu'elle ressent dans le ventre s'irradient dans les aines et les lombes, elles augmentent par la marche et la station verticale. La constipation est opiniâtre. Les envies d'uriner sont fréquentes et depuis quatre ans environ elle ne peut retenir ses urines, longtemps après avoir ressenti le besoin d'expulsion. Une petite hernie ombilicale cause quelques douleurs gastriques.

Le 28 novembre dernier elle se présentait à notre examen du lundi et nous portions le diagnostic suivant : Rétroversion avec rétroflexion très accentuée, réduction possible par l'hystéromètre, métrite chronique, pas de prolapsus.

Le 5 décembre, nous pratiquons un nouvel examen après avoir soumis la malade au repos pendant une dizaine de jours. Il existe encore de la rétroversion mais la rétroflexion est beaucoup moins accusée ; la cavité utérine mesure 7 centim 1/2, et à l'aide de l'hystéromètre on réduit très facilement la rétroflexion, puis la rétroversion ; mais ces manœuvres provoquent des douleurs assez vives ; le col utérin très volumineux regarde en haut et en avant, son orifice externe présente une légère exulcération.

Nous étions donc en présence d'un cas très net de déviation de l'utérus en arrière, rétroversion caractérisée, rétroflexion non moins évidente, il n'y avait pas du tout de prolapsus.

Les déviations étaient douloureuses pour la malade, elles s'aggravaient d'un certain degré de métrite ; on pouvait les réduire à l'aide de certaines manœuvres, mais elles ne se maintenaient pas réduites ; que fallait il faire ? Là, Messieurs, je n'ai pas hésité longtemps ; le souvenir des mécomptes thérapeutiques que j'avais éprouvés chez la première malade dont je vous parlais au commencement de cette leçon m'a conduit naturellement à adopter une autre ligne de conduite j'ai reconnu dans ce cas parfaitement net l'indication précise de l'opération dite d'Alexander, je veux parler du raccourcissement des ligaments ronds.

Je vous rappelle brièvement l'histoire de cette opération qui, comme beaucoup d'autres, a le privilège d'être à la fois vieille et rajeunie. Cette conception semble être venue à l'esprit de son auteur en considérant la façon dont l'utérus était soutenu dans la cavité pelvienne. Qu'on admette qu'il est en équilibre instable dans l'axe du détroit supérieur, que l'on pense au contraire que dans l'état de vacuité de la vessie et du rectum il repose horizontalement sur le réservoir de l'urine, dans tous les cas on sait que les ligaments qui vont de ses parois à la ceinture pelvienne sont mollement tendus. Quand l'utérus se porte en arrière, en rétroversion il doit fatalement exercer une traction sur ses ligaments antérieurs, les ligaments ronds. Il est incontestable que ces ligaments s'allongent, car la distance qui sépare les cornes utérines de l'orifice inguinal augmente notablement. Cet allongement des ligaments est il primitif? Ont-ils été victimes d'un arrêt de la subinvolution qui les aura empêchés de reprendre leur longueur primitive après l'accouchement? Ou bien les ligaments utéro-sacrés distendus ou rompus ne soutenant plus l'utérus en arrière ont ils permis à celui-ci de basculer et d'entraîner les ligaments ronds comme l'enfant qui tombe en tendant les lisières par lesquelles on le tient et en les cassant si elles ne sont pas assez résistantes. Ce sont là autant d'hypothèses que nous ne pouvons ni ne devons discuter ici.

Toujours est-il qu'en 1840, dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine le 17 novembre, Alquié (de Montpellier) émit l'idée qu'on pouvait en exerçant des tractions sur les ligaments ronds, corriger les rétroversions et les rétroflexions de l'utérus. Cette communication parut aux académiciens plus que singulière et elle fut vite oubliée; cependant Aran la rappela et en fit mention quelques années plus tard. Tillaux également n'oublia pas d'en parler à propos de l'anatomie des moyens de fixité de l'utérus.

Vingt-cinq ans après la communication d'Alquié, Deneffe (de Gand), assistant de Burgraeve eut la même idée (1864), la communiqua à ses maîtres Burgraeve et Soupart et avec

leur assistance pratiqua l'opération dont il avait mûrement conçu le plan en s'aidant de nombreuses recherches anatomiques. Il échoua complètement et ne put rien tirer de la région. Cet échec opératoire fit du bruit, les adversaires de l'idée s'en emparèrent ; l'administration même crut devoir intervenir et défendre la reproduction de semblables expériences ; toutes ces circonstances en un mot contribuèrent beaucoup à décourager les chercheurs et à faire abandonner l'idée. Vous trouverez d'ailleurs de plus amples renseignements dans une thèse publiée par Manrique sous l'inspiration de M. Duplay.

En 1881 l'opération d'Alquié est entrée dans une nouvelle voie, le 14 décembre de cette année, William Alexander (de Liverpool) pratiquait le raccourcissement des ligaments ronds et il obtenait pour la première fois un bon résultat opératoire. En janvier 1882, encouragé par ce premier succès il pratiquait de nouveau l'opération et dans le numéro du *Medical Times and Gazette* du 1er avril 1882 il publiait ses quatre premières opérations.

Presque en même temps, Adams assistant d'anatomie à Glascow, poursuivait des recherches identiques et faisait une première opération sur le vivant le 1er mars 1882.

Cette simultanéité de travaux des deux chirurgiens d'outre-Manche a naturellement engendré des discussions de priorité, aussi pour tout concilier on a proposé de nommer le procédé opératoire du nom de ses deux rénovateurs et beaucoup disent aujourd'hui, opération d'Alexander-Adams. Mais il serait injuste d'oublier, se sont écriés les chirurgiens français, que l'idée première revient à Alquié (de Montpellier), que l'opération a été faite en 1864 par Deneffe (de Gand) ! Pourquoi ne pas la nommer opération d'Alquié ?

En réalité, messieurs, bien que je ne veuille à aucun prix sacrifier une idée née sur le sol français, je trouve ces discussions un peu vaines, laissons à Alquié l'honneur d'avoir émis le premier une idée que ses sucesseurs ont mise en pratique ; tous ont contribué à doter la chirurgie d'un nouveau

procédé qui fait aujourd'hui ses preuves et que nous nommerons simplement *le raccourcissement des ligaments ronds.*

Nous ne nous sommes pas, en France, lancés inconsidérément dans la voie réouverte par les opérateurs anglais ; à la suite de leurs communications nous avons fait de nombreuses recherches d'ordre cadavérique. MM. Tissier et Hache présentèrent en 1882 quelques remarques sur la possibilité réelle de l'opération. Un peu après MM. Ricard et Doléris pratiquèrent de nombreuses recherches cadavériques. Il résultait de tous ces travaux que les ligaments ronds sont souvent difficiles ou même tout à fait impossibles à découvrir ; leur épaisseur et leur résistance très variables les rendent très difficiles à manœuvrer avec sécurité, en somme l'opération doit présenter des chances considérables d'insuccès. Un auteur anglais, Matthews Duncan, la condamnait absolument, la considérant comme tout à fait inutile et notre collègue Pajot portait un jugement trop sévère en disant qu'il n'y avait aucune raison de faire une opération grave pour une lésion qui ne porte point préjudice à la vie. De tous côtés vous le voyez on a porté des jugements divers, pendant une certaine période toutes les opinions ont été soutenues et c'est à peine si aujourd'hui on peut se faire une idée juste au milieu de toutes les discussions que la question a soulevées.

On peut résumer sous trois chefs les objections que l'on a faites à l'opération que nous étudions :

Il y a eu quelques accidents mortels, l'opération est donc grave.

Dans quelques cas on n'a pu complètement l'exécuter.

Enfin, d'autres fois elle n'a pas donné le résultat cherché.

Mortalité, inexécution, inefficacité ; ces trois mots résument toutes les objections produites. Voyons un peu leur valeur réelle.

Dire que le raccourcissement des ligaments ronds est une opération grave, mortelle même me paraît singulièrement

exagéré. De ce que Doléris sur 150 cas, a rapporté trois faits de mort, il ne faut pas conclure trop vite et passer à condamnation. Pour ma part je suis très surpris de ces accidents, convenablement exécutée l'opération est simple et bénigne, depuis le commencement de l'année nous l'avons pratiquée quatre fois, la réunion a toujours été immédiate, sans une goutte de suppuration, sans une minute de fièvre. Et d'ailleurs, dans les cas qui ont eu une issue fatale, il y a des faits incertains, douteux, mal caractérisés, des fautes opératoires, des précautions antiseptiques insuffisantes. En ayant soin de se conformer aux règles d'une bonne pratique je crois l'opération parfaitement innocente.

L'inefficacité opératoire si elle est réelle serait une objection beaucoup plus importante ; voyons quelle peut être sa valeur. Dans un récent et très consciencieux mémoire, Doléris a rassemblé 80 cas détaillés de raccourcissement des ligaments ronds; dans 56 cas les opérées ont largement bénéficié de l'intervention ; il les décompose ainsi : 48 fois le succès a été complet, 8 fois il y a eu une amélioration incontestable. Il reste donc 24 cas où l'opération n'a point donné de résultats satisfaisants, 14 fois elle n'a été suivie d'aucune correction des déplacements, 10 fois il y a eu échec opératoire réel, on n'a pu trouver et fixer les ligaments ronds. Malgré cela, le résultat définitif enregistré dans le mémoire de Doléris est nettement encourageant. D'autre part si on réunit à ces faits ceux de Manrique, on arrive à un total de 150 guérisons ou améliorations. Et chaque jour apporte encore de nouveaux faits. A ceux qui me sont personnels et qui, exécutés dans ce service, m'ont donné de très bons résultats comme vous le verrez plus loin, je puis joindre deux opérations exécutées ici par M. Segond alors qu'il me remplaçait le 31 août et le 28 septembre derniers, dans un cas il note guérison, dans l'autre il constate une amélioration notable.

M. Marchant m'a aussi apporté une observation que je joins aux miennes et où le résultat a été non moins favorable. Et en dehors de ce service je sais que de nombreux collègues sont entrés dans la même voie, et ont été également satisfaits.

Pour se tenir dans la réalité, pour tenir compte des faits bien analysés et bien observés, il faut dire aujourd'hui que l'opération d'Alquié est réellement efficace, elle donne des guérisons et des améliorations nombreuses, les échecs sont peu fréquents et je crois pouvoir dire qu'ils le seront d'autant moins que l'on saura mieux saisir les indications et les contre-indications opératoires.

L'inexécution opératoire reste donc la plus puissante objection à l'opération d'Alquié, nous devons l'examiner avec le plus grand soin. Cette impossibilité d'exécuter le redressement doit tenir à des causes variées. Dans sa monographie de 1884, Alexander employant un langage imagé compare l'utérus à un navire fixé par des amares au rivage. Tandis que par un temps calme, une simple cordelette suffit, par un temps de tempête un gros câble devient nécessaire. Pour peu que l'utérus soit plus gros qu'à l'état normal, du fait d'une tumeur ou d'une stase hypertrophique, pour peu qu'il soit adhérent aux parties qui l'entourent par des moyens de fixité anormaux il résistera à la traction, ou bien la cordelette cassera, insuffisante pour vaincre sa résistance. Cette comparaison vous fait facilement comprendre une des conditions absolument nécessaires pour que l'opération puisse s'exécuter; il faut que l'utérus déplacé puisse être ramené dans sa position normale ; il faut qu'il n'y ait aucune adhérence pour le retenir ; aucune tumeur pour l'empêcher de se redresser.

Dans les observations qu'on lit très souvent, on trouve qu'on n'a pu modifier par des tractions même énergiques la position de l'utérus, ces adhérences devaient être reconnues pendant la vie, on aurait dû s'assurer soit par le toucher rectal, soit au moyen de l'hystéromètre que l'organe déplacé était redressable et si cette manœuvre était impossible il fallait s'incliner devant la contre-indication opératoire, ou au moins ne se décider à agir qu'après avoir essayé de vaincre les adhérences morbides (1).

(1) Dans une leçon clinique que nous avons publiée dans la Semaine *Médi-*

Dans les cas d'opérations que nous étudions on voit qu'on a entrepris l'opération d'Alexander non seulement pour des rétroversions ou des rétroflexions franches et réductibles. Dans beaucoup de cas la rétrodéviation est compliquée d'autres désordres ; de prolapsus de l'utérus ou du vagin, d'insuffisance du plancher périnéal. Je puis vous en fournir plusieurs exemples. Voici d'abord deux malades qui ont été observées et traitées dans le service par M. Segond pendant les vacances dernières.

Observation II

Marie J., 25 ans, ménagère, a eu trois enfants à 22, 23 et 24 ans. Elle présente un prolapsus simple depuis sa 2e couche. L'utérus très mobile vient se montrer à la vulve dans la station verticale ; sa cavité mesure 6 centim. 1/2, il n'y a ni cystocèle ni rectocèle.

Dans ce cas, constatant qu'il n'y avait aucune lésion du périnée, M. Segond pense que le seul moyen d'intervenir était le raccourcissement des ligaments ronds. Il pratiqua l'opération le 28 septembre, réséqua 12 centim. de chaque ligament, les fixa aux piliers puis les pelotonna sous la peau.

Le résultat fut très bon, le 15 décembre la malade examinée de nouveau ne souffrait plus et on sentait son utérus fixé très haut dans le vagin.

En voici une autre :

Observation III

X. Infirmière, 22 ans entre à l'hôpital au mois d'août 1887. Elle

---

cale du 4 juillet 1888, p. 261 (Des rétroversions et des rétroflexions adhérentes de l'utérus et de leur traitement) nous avons précisé d'une façon plus complète les indications opératoires dans les rétrodéviations de l'utérus. Nous divisons les rétroflexions en mobiles, résistantes, adhérentes ; et après avoir décrit les diverses manœuvres que nous conseillons pour détruire les adhérences plus ou moins résistantes que l'on rencontre, nous concluons de la manière suivante : « *Le raccourcissement des ligaments ronds paraît être* « *l'opération directement indiquée pour maintenir en antéversion les utérus* « *précédemment fixés en rétroflexions adhérentes, mobilisés par le traitement* « *mais qui restent impossibles à contenir par la position seule ou par les* « *pessaires* ».

porte un prolapsus utérin qui s'est produit à la suite de son second accouchement lequel a eu lieu au commencement de l'année. Depuis 1883 elle portait une cystocèle légère qui se développait progressivement. Au moment de son entrée on constatait une cystocèle marquée et un prolopsus tel que la moitié de l'utérus sortait de la vulve pendant la station verticale. A l'hystéromètre on trouvait 6 centim. 1/2. Dans une seule séance M. Segond pratiqua l'élytrorrhaphie antérieure puis le raccourcissement des deux ligaments ronds. Il attira et réséqua 12 centim. de l'un, 14 centim. de l'autre ; les deux opérations réussirent très bien, mais l'état de la malade ne fut qu'amélioré, la cystocèle avait à peu près disparu, mais le prolapsus s'était partiellement reproduit. Néanmoins les douleurs que la malade endurait ne s'étaient pas reproduites.

Dans ces deux cas l'opération du raccourcissement a donc été pratiquée pour guérir du prolapsus utérin ; dans un cas le prolapsus était complexe, aussi M. Segond saisissant l'indication double pratiquait deux opérations.

Voici encore deux autres faits qui m'ont été communiqués par M. Gérard Marchant, mon ancien chef de Clinique.

Observation IV

La femme L., 27 ans, blanchisseuse, a eu trois enfants à 20, 23 et 24 ans. Après son premier accouchement elle eut une descente de matrice qui surtout depuis quelque temps lui cause des douleurs lombaires persistantes. L'examen de la malade nous permit de constater une rétroversion manifeste ; l'utérus volumineux, mobile, ferme était situé horizontalement en arrière dans la concavité sacrée. Il y avait en même temps un léger abaissement de la matrice avec de la rectocèle. M. Marchant considérant que la déviation utérine était parfaitement réductible, pratiqua le raccourcissement des ligaments ronds, et réséqua 6 centim. de ligament d'un côté, 7 centim. de l'autre. L'utérus fut parfaitement redressé et le bon résultat obtenu à la fin du mois d'avril dernier était encore tel au 26 décembre, jour où j'ai pu examiner la malade.

Chez cette femme il y aurait lieu de corriger maintenant le prolapsus vaginal et de lui pratiquer une colpopérinéorrhaphie pour relever son plancher périnéal et le rendre plus résistant.

Observation V

Chez une autre malade traitée aussi par M. Marchant, il y avait une rétroversion compliquée de prolapsus utérin avec rectocèle et cystocèle. On pratiqua l'opération d'Alexander. On réséqua 9 centim. de ligaments de chaque côté, puis on fit l'élytrorrhaphie antérieure afin de corriger le prolapsus avec cystocèle que l'on avait constaté.

Enfin je vous rappelle une femme dont je vous ai déjà parlé (obs. III), à plusieurs reprises et qui présentait une rétroversion très accentuée, compliquée de prolapsus et d'ancienne rupture sous-cutanée du périnée. Chez elle nous avions à combattre aussi deux lésions principales, aussi avons-nous exécuté le raccourcissement et la colpopérinéorrhaphie successivement.

Si nous résumons les six observations que nous avons sous les yeux nous voyons que deux fois seulement (obs. I et II) la lésion était simple; rétroflexion. Prolapsus. Deux fois la rétroversion était compliquée de prolapsus (obs. IV et obs. VI). Deux fois enfin sans rétroversion il y avait un prolapsus caractérisé, avec cystocèle et rectocèle. Ces conditions, messieurs, sont communes et fréquentes et elles comportent des indications multiples et variées.

Je m'écarte en cela notablement des chirurgiens allemands qui sont beaucoup plus exclusifs et pratiquent surtout les opérations reconstitutives du plancher périnéal. Quant à moi, je suis éclectique, je crois qu'il y a des cas où le raccourcissement des ligaments ronds est seul indiqué, ce sont les rétroversions réductibles, sans prolapsus ni insuffisance périnéale. Je crois qu'il en est d'autres ou la périnéorrhaphie ou la colpopérinéorrhaphie, l'élytrorrhaphie rendront plus de services que le raccourcissement ; ce sont les prolapsus avec insuffisance périnéale sans rétroversion.

Enfin il est des circonstances où il est indiqué d'agir sur l'utérus par sa partie supérieure et par sa partie inférieure ; de combiner en un mot les deux ordres d'opérations.

Il ne faut pas se dissimuler qu'il y a parfois des difficultés très grandes, elles sont d'ordre anatomique et tiennent à la constitution même des ligaments, à leurs longueurs, à leurs rapports. M. Beurnier les a bien étudiées dans sa thèse de doctorat. La longueur normale du ligament rond est de 12 à 16 cent., dans la rétroversion il subit fatalement un allongement puisque son insertion s'écarte de la région inguinale où il se fixe et cet allongement doit être d'autant plus marqué que le prolapsus, ou la rétroflexion, suivant les cas, sont plus accusés. Quand nous voyons dans une observation qu'on a tiré trois à quatre centimètres de ligament, on peut immédiatement prévoir que cette traction a été insuffisante. Il faut qu'elle soit beaucoup plus énergique sans toutefois dépasser le but qu'on se propose, car le ligament n'est ni très gros, ni très résistant et une traction trop violente pourrait le rompre.

L'épaisseur du ligament est en effet très variable, Beurnier qui l'a étudiée sur 200 cas environ l'évalue à 1 ou 2 millimètres ; quelquefois, très rarement toutefois, il atteint trois millimètres ; M. Marchant en a rencontré une fois de cette dimension. Il nous est arrivé aussi d'en rencontrer de ce diamètre dans la première opération de raccourcissement que nous ayons pratiquée. Mais le fait est rare, en général les ligaments ont une épaisseur moyenne de 1 millim. 1/2 à 2 1/2 ce qui n'est ni très gros ni très résistant.

Le ligament rond se termine par une extrémité pénicillée qui s'éparpille sous formes de fibres blanchâtres au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Dans le canal elles sont plus condensées, mais elles affectent là une disposition spéciale dont il faut être prévenu car elle rend le dégagement assez difficile. Des fibres en effet se détachent du ligament dans toute la longueur du canal inguinal et vont se fixer à ses parois en se mélangeant avec celles des muscles transverses. Il faut de toute nécessité, séparer ces adhérences, isoler peu à peu le ligament avec un instrument mousse, remonter peu à peu dans le canal inguinal, mobiliser et arriver enfin à une

libération complète. Ce temps de l'opération est toujours assez délicat, si on dissocie le ligament il s'amincit rapidement sous l'action de vos instruments et bientôt il semble qu'il n'en existe plus de trace. Je conseille, pour bien l'isoler, de pratiquer une incision de 1 centim environ sur la paroi antérieure du canal inguinal à l'aide de ciseaux mousses, on écarte les lèvres de cette incision et on sépare avec soin et en les ayant ainsi sous les yeux les adhérences du ligament aux parois du canal inguinal.

On peut encore craindre de blesser le péritoine, mais vous savez qu'il n'y a point à l'état normal de canal persistant, de canal de Nuck autour du ligament rond. Il est vrai que lorsqu'on a exercé sur le ligament des tractions assez longues on peut voir le péritoine s'invaginer avec le ligament et former autour de lui un repli nacré. Il ne faudra pas s'effrayer de cette disposition, on refoulera doucement le péritoine avec l'ongle et on verra qu'il se sépare facilement de ses adhérences. D'ailleurs avec les précautions antiseptiques qu'il est de règle d'employer, il n'y a aucune crainte à avoir relativement au péritoine.

La résistance des ligaments à la traction, a encore été l'objet de recherches nombreuses ; toujours d'après Beurnier la rupture ne se ferait jamais au-dessous de 60 grammes même pour les ligaments les plus grêles en apparence ; un petit nombre supportent un poids de 500 grammes, beaucoup peuvent supporter 400 gr. La résistance est donc assez sérieuse, mais il ne faut pas encore aller très loin pour la vaincre.

Mon attention a été attirée par M. Marchant sur une disposition rare et particulière qui peut dans un certain nombre de cas devenir une cause d'insuccès. Cette circonstance lorsqu'elle existe, est d'autant plus fâcheuse qu'on ne saurait en aucune façon la reconnaître par l'examen clinique des malades, et par conséquent on ne pourrait la prévoir et reconnaître la contre-indication.

Une des malades opérées par M. Marchant mourut de pneumonie l'an dernier, un mois après l'intervention opéra-

toire. Elle avait subi la double opération du raccourcissement des ligaments ronds et l'élytrorrhaphie antérieure, les plaies s'étaient réunies par première intention.

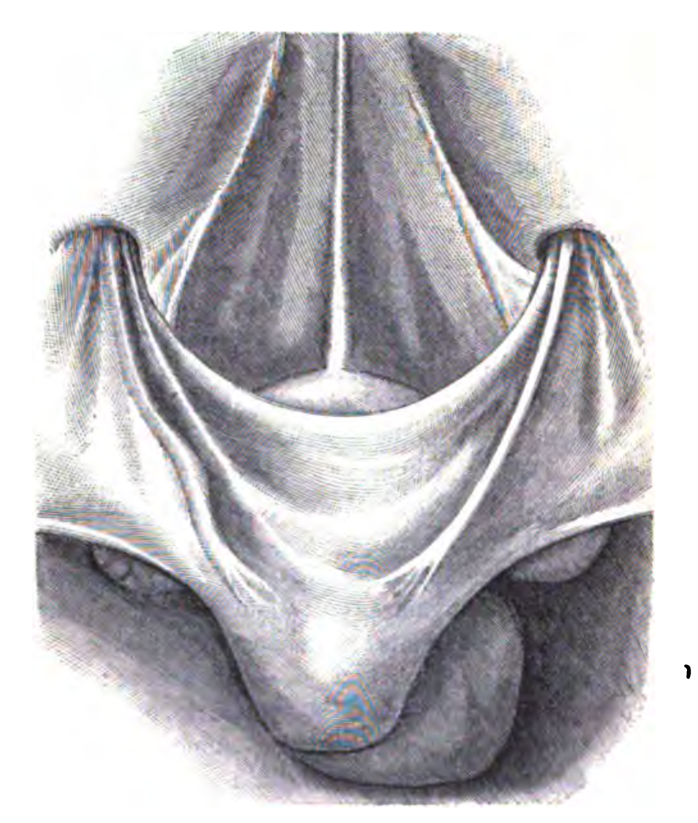


Fig. 1.

La dissection de la pièce anatomique montra une particularité qui semble fort rare ; les ligaments ronds au lieu de s'insérer au fond de l'utérus s'attachaient à 2 travers de doigt et demi de ce fond, tout près du col. Les fibres du ligament s'éparpillaient en pinceau pour s'attacher à la face antérieure du corps de l'utérus en avant de la cavité utérine.

Vous comprenez qu'en vertu de cette insertion anormale très bien figurée sur les planches ci-jointes (pl. I, II, III) l'opération au lieu de remédier à la rétroversion n'avait pu que l'exagérer. Plus on tirait dans ce cas sur les ligaments

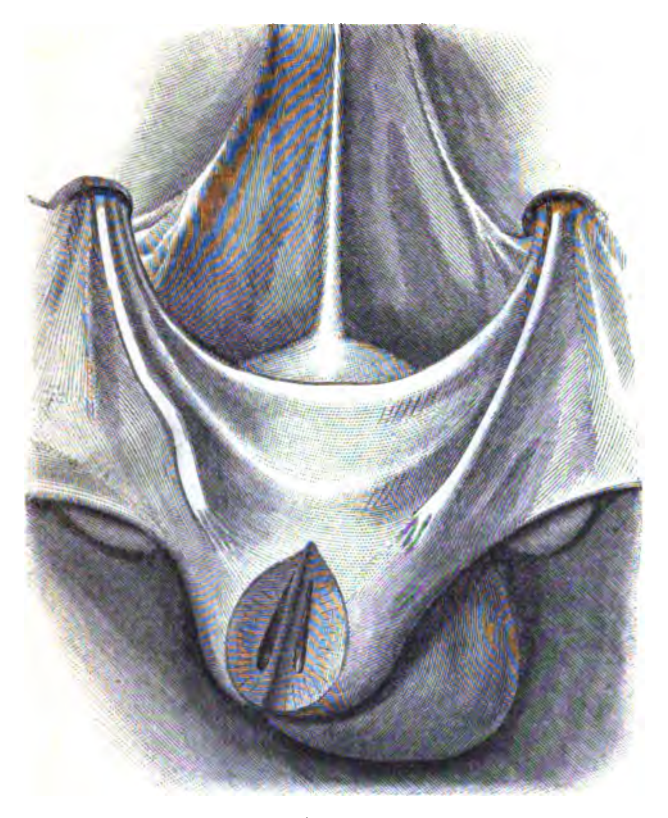


Fig. 2.

ronds plus l'utérus était attiré par sa partie inférieure et plus il basculait en arrière.

Fort heureusement, messieurs, cette disposition n'est pas un fait habituel; M. Beurnier qui a examiné plus de 200 utérus n'en cite par un seul exemple dans sa thèse; M. Ricard,

prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux aurait rencontré un exemple à peu près analogue dans lequel l'insertion du ligament se serait faite à 2 centimètres du fond de l'utérus.

Si cette disposition anatomique était la règle, l'opération d'Alexander serait absolument inutile ; des recherches ultérieures seront nécessaires pour déterminer la fréquence de

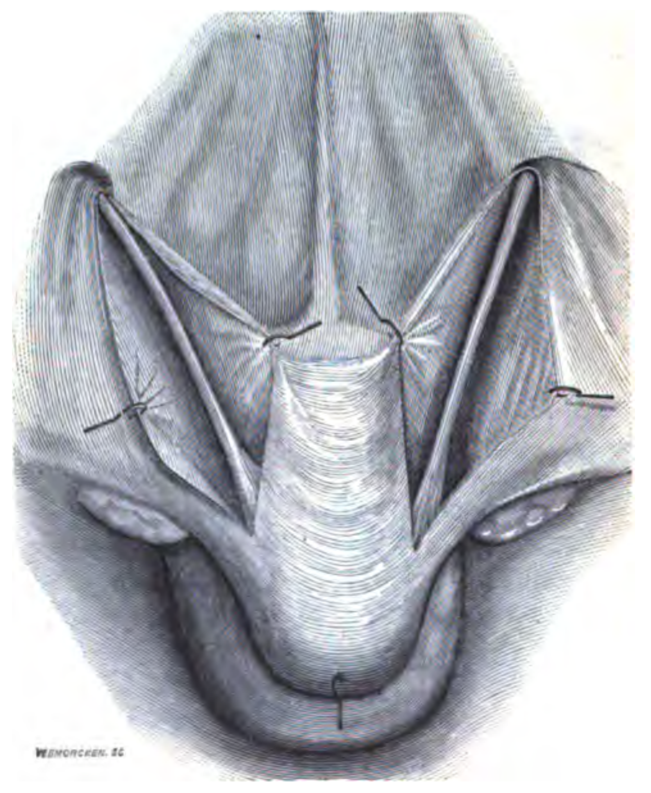


FIG. 3.

cette anomalie, malheureusement je ne puis prévoir qu'on en fasse le diagnostic du vivant des malades.

D'après tout ce que je viens de vous dire, Messieurs, l'opération du raccourcissement des ligaments ronds a des

indications précises, tantôt comme opération unique, rétrodéviations, prolapsus utérins sans descente des parois vaginales, d'autres fois elle a tout avantage à être combinée avec d'autres opérations, celles qui reconstituent le plancher périnéal ou rétrécissent les parois du vagin.

Dans tous les cas, je vous le répète encore, le diagnostic des lésions doit être complet, et il appartient au discernement chirurgical de saisir l'indication dans tous ses détails et toute son amplitude.

Des difficultés réelles entourent cette opération, la petitesse, la gracilité du ligament exposent à le rompre ; son peu de résistance peut causer sa déchirure pendant les manœuvres de traction qu'on doit exercer sur lui ; de plus il est adhérent à tout ce qui l'entoure et il est absolument nécessaire de détacher ces adhérences si on veut le libérer facilement. Il faut enfin toujours se défier du prolongement péritonéal qui peut s'invaginer dans le canal inguinal avec le ligament. Je vous rappelle enfin qu'une circonstance imprévue, l'insertion anormale signalée par Marchant peut causer des insuccès immérités pour l'opérateur. Somme toute, je considère l'opération comme une ressource absolument sans danger au point de vue de la vie des malades ; l'objection de mortalité possible n'a pour moi aucune valeur.

On a dit aussi que cette opération donnait des résultats incertains, que les meilleurs opérateurs pouvaient échouer dans son exécution et manquer ses résultats. Or nous savons d'après Manrique et Beurnier, que les ligaments ronds existent toujours et peuvent toujours être tirés au dehors ; d'après les opérations que nous avons exécutées, nous disons affirmativement qu'on peut toujours les isoler et vous voyez ainsi les objections tomber une à une.

Quant aux résultats, il serait besoin pour bien les apprécier d'examiner chaque cas particulier, combien en est-il où les contre-indications, adhérences, fixités anormales n'ont pas été reconnues ? Combien en est-il d'autre part où les indications n'ont pas été suffisamment remplies ?

L'opération est donc praticable, je dis plus, elle peut rendre de signalés services ; ses résultats s'amélioreront à l'avenir à mesure que les contre-indications et indications seront plus parfaitement reconnues.

Quant à l'opération en elle-même je ne vous la décrirai point dans tous ces détails, mais je vous rapporterai les deux que j'ai faites, et leur exposition fidèle vous permettra de comprendre tous les faits intéressants que l'on peut observer et leur succession.

Le 25 décembre dernier je pratiquais le raccourcissement sur la malade qui fait l'objet de l'observation I.

Après avoir fait du côté droit une incision de 6 centim. oblique en haut et en dehors à partir de l'épine pubienne et parallèlement à l'arcade crurale ; après avoir divisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané je reconnus l'orifice interne du canal inguinal à l'existence d'une boule graisseuse qui l'occupe normalement et qui est le point de repère important. Au-dessous et à côté de cette boule graisseuse se voyait un petit corps allongé, molasse, portant à sa surface une veine variqueuse, c'était le ligament rond. Une fois chargé sur la sonde cannelée je commençai le second temps, l'isolement du ligament. D'abord un peu laborieuse, cette manœuvre poursuivie avec la sonde cannelée et surtout avec les ongles devint de plus en plus facile. Au bout de 4 à 5 cent. le prolongement péritonéal se montra et fut facilement refoulé. Je libérai ainsi 13 cent. de ligament ; il était fort et résistant et mesurait trois millim. d'épaisseur.

Du côté gauche, je répétai les mêmes manœuvres et l'isolement fut encore plus facile et plus rapide.

Une longueur égale du ligament fut attirée au dehors.

A ce moment un aide introduisant deux doigts dans le vagin pratiqua le redressement de l'utérus et le maintint en bonne position relevé derrière la symphyse pubienne, je m'assurai que les tractions sur les ligaments se faisaient sentir à la main placée en soutien dans le vagin. De chaque côté je réséquai alors 12 cent. de ligament.

Je les fixai aux piliers avec trois points de catgut traversant chacun un pilier, le ligament puis l'autre pilier; ces fils furent noués par-dessus puis coupés au ras du nœud. Les ligaments furent ensuite coupés et comme la double section donnait un peu de sang à gauche j'appliquai deux ligatures perdues au catgut sur les extrémités coupées. Cette précaution fut tout à fait inutile du côté droit.

Après un lavage très soigné des plaies avec la solution de biiodure de mercure à 0 gr. 10 cent. pour 1000, je pratiquai la réunion au moyen d'une suture au fil d'argent et je ne plaçai aucun drain. Par-dessus pansement fortement compressif avec la gaze iodoformée, le coton hydrophile, l'ouate et un double spica de l'aine.

Il n'y eut aucune réaction, la malade accusa seulement quelques douleurs lombaires les jours suivants.

Ces douleurs d'ailleurs sont signalées dans nombre d'observations et semblent dues aux tiraillements exercés sur les nerfs contenus dans les ligaments sectionnés et raccourcis. Au 6e jour on leva le premier pansement; la réussite était complète, absolue des deux côtés, sans une seule goutte de liquide dans le pansement. Les fils furent enlevés et on se contenta d'un pansement purement protecteur et compressif à l'iodoforme et au coton.

Cette malade a quitté le service cinq semaines après l'opération, l'utérus avait conservé la situation dans laquelle on l'avait mis par la traction sur les ligaments combinée avec la réduction digitale; et la malade n'accuse plus aucune douleur. Nous la suivrons, mais nous la considérons aujourd'hui comme définitivement guérie.

Voici maintenant la seconde opération recueillie le 22 février dernier sur la malade qui fait le sujet de l'obs. III (voir leçon II). Après avoir fait les incisions classiques et reconnu de chaque côté les boules graisseuses, je commençai l'isolement. Les ligaments ronds chez cette malade étaient très minces, dissociés et ce n'est que dans la partie profonde du canal inguinal qu'ils prenaient un volume plus respectable.

Je fus obligé pour faciliter l'isolement, de donner un coup de ciseaux sur la paroi externe du canal inguinal de chaque côté et de débrider un centimètre de cette paroi. Je recommande tout particulièrement cette manœuvre qui permet de bien saisir toute l'épaisseur du ligament et qui diminue ainsi les chances de rupture. D'un côté je tirai 8 centim. de l'autre 7 puis je fixai les ligaments par trois points de suture comme dans la première opération. Un lavage au biiodure, assura l'asepsie des plaies que je fermai au moyen de quelques points de fil d'argent sans drainage. Pansement à la gaze iodoformée et au coton hydrophile, spica double des aines.

Aucune réaction fébrile à la suite de l'opération. Sept jours après, le 28 février, la réunion est complète et on applique un pansement purement protecteur. Comme cette malade avait en outre de sa rétrodéviation utérine, un certain degré de prolapsus et une rupture ancienne du périnée, nous avons complété l'exécution des indications opératoires en pratiquant quinze jours après la première opération, la colpopérinéorrhaphie (7 mars). Cette opération largement faite, terminée par 7 points de suture vaginale et cinq points de suture périnéale dont deux profonds a reconstitué un large corps périnéal et donné de très bons résultats.

Comme vous pouvez en juger, messieurs, l'opération du raccourcissement est simple et peut être très méthodiquement exécutée et réglée. Découverte du ligament, isolement, fixation, tels sont les temps capitaux de l'opération. Celle-ci pratiquée avec soin, sous le couvert d'une antisepsie rigoureuse ne doit toujours être suivie d'aucun accident, la réunion doit toujours être primitive et intégrale comme nous l'avons obtenue (1).

(1) Dans une récente leçon clinique (21 janvier 1889) nous avons eu l'occasion d'examiner les résultats éloignés de plusieurs de nos opérations de raccourcissement des ligaments ronds. Nous n'avons pas constamment obtenu des résultats aussi complets que nous croyions pouvoir en attendre. Il semble que dans les rétroflexions fortement adhérentes et mobilisées les ligaments ronds raccourcis par l'opération s'allongent de nouveau après la guérison opé-

HOTEL-DIEU — SERVICE DE M. TILLAUX

KOLPORRHAPHIE ANTÉRIEURE POUR CYSTOCÈLE VAGINALE

Leçon recueillie par M. **Témoin**, interne du service.

Nous allons opérer devant vous une femme atteinte de cystocèle vaginale et je désire vous entretenir de cette affection assez commune, dont le traitement est entré depuis quelques années seulement dans le domaine de la chirurgie courante.

La malade qui fait l'objet de cette leçon occupe le lit n° 8 de la salle Ste-Marthe, elle est âgée de 50 ans, ne présente rien à noter comme antécédents : elle s'est toujours bien portée, elle a eu 3 enfants après des accouchements normaux, elle a toujours été bien réglée, et jusqu'au début de son affection elle a toujours travaillé comme femme de ménage.

Il y a quelque temps (6 mois environ) elle éprouva après son travail une fatigue beaucoup plus grande que de coutume, elle ressentait comme une pesanteur dans la région du bas-ventre et du périnée, et en y portant le doigt, elle eut la sensation d'une tumeur faisant saillie à la vulve. Cette tumeur était molle, et pouvait être repoussée à la

ratoire et on voit l'utérus, reprendre peu à peu sa position dans le cul-de-sac postérieur. Aussi, tandis que je préconise toujours le raccourcissement des ligaments ronds dans les rétroflexions mobiles ou peu adhérentes bien mobilisées je suis réservé pour les autres. Il est toujours utile de mobiliser l'utérus et de soigner la métrite ; si l'utérus est mobilisé et n'est plus douloureux on peut l'abandonner à son sort ou répéter la mobilisation de temps en temps afin de l'empêcher de se fixer de nouveau dans le cul-de-sac. Mais si une fois la rétroflexion mobilisée et la métrite guérie la malade souffre toujours, comme l'opération d'Alexander échoue et que les pessaires ne réussissent pas mieux, je conseille alors l'hystéropexie.

pression, sans douleur. Depuis cette époque, la gêne que la malade en éprouva devint de plus en plus grande, bientôt à la moindre fatigue elle ressentit de très vives douleurs au niveau du vagin, la station debout devint impossible, et ne pouvant plus travailler elle entra à l'hôpital. Elle n'a pas eu de troubles du côté de la miction.

Par le toucher vaginal on sent une tumeur de la dimension d'un gros œuf de pigeon, molle, irrégulière à sa partie antérieure, plus lisse à sa partie postérieure, non douloureuse et faisant saillie à l'entrée du vagin. L'utérus est dans sa position normale, le col n'est pas hypertrophié, les culs-de-sac sont libres. Examinant cette femme dans le décubitus dorsal, les jambes relevées, on voit qu'immédiatement au-dessous du méat urinaire une tumeur fait saillie. Cette tumeur, de coloration rougeâtre, de forme générale ovoïde, est irrégulière, présente trois replis transversaux superposés, d'avant en arrière, et augmente dans les efforts de toux. Une sonde introduite dans la vessie est sentie par le doigt vaginal, elle ne peut pénétrer dans les saillies que je viens de vous signaler, mais en arrière la cloison qui la sépare du doigt est d'une minceur extrême. Une injection poussée dans la vessie distend la tumeur dans la portion postérieure, mais ne fait pas disparaître les plis de la partie antérieure.

Je vous rappellerai, Messieurs, que la paroi antérieure du vagin et celle de la vessie sont unies l'une à l'autre par du tissu cellulaire assez résistant et qu'il est difficile que l'une se déplace sans entraîner l'autre. Quand le vagin entraîne avec lui la vessie, ou quand la vessie distendue ne trouve pas de résistance dans la cloison vaginale et l'entraîne avec elle, il y a production de cystocèle vaginale. Ces deux parois, vésicale et vaginale, n'en formant pour ainsi dire qu'une, vous voyez de suite quels seront les symptômes d'une cystocèle en général. Une tumeur lisse quand la vessie est pleine, ridée quand elle se vide, tumeur augmentant par la rétention d'urine, par les efforts, diminuant par le repos et le cathétérisme. Vous voyez qu'il peut y avoir

des troubles considérables de la miction, quand la poche est très grande, et dans certains cas, les malades ne peuvent uriner qu'en maintenant la tumeur réduite avec le doigt pendant la miction. On a trouvé quelquefois des calculs dans la poche.

Vous comprendrez aussi par ce court aperçu anatomique, combien peuvent être variées les causes de la cystocèle; très souvent le prolapsus utérin entraînant le vagin avec lui précède la cystocèle, l'hypertrophie du col peut amener le même résultat; d'autres fois des rétentions d'urine répétées en sont la cause. Dans tous les cas cette affection survient toujours après des accouchements multiples, amenant la perte d'élasticité ou de résistance du vagin. Il n'y a qu'une observation de cystocèle chez une jeune fille vierge rapportée par Sandifort.

Le diagnostic de cette affection est extrêmement facile, et vous ne pouvez la confondre ni avec le renversement de l'utérus qui est une tumeur dure, ne permettant pas le toucher vaginal, ni avec un kyste séreux du vagin, qui est plus résistant et qui ne laisse pas pénétrer la sonde dans son intérieur en cathétérisant la vessie.

Cette affection est assez fréquente, ce qui s'explique par la distention et les tiraillements auxquels sont soumises les parois du vagin pendant l'accouchement. Elle semble pourtant avoir été inconnue des anciens et il faut arriver au 18e siècle, vers 1760, pour en trouver la 1re observation publiée par Robert : elle est rapportée dans un mémoire de Verdier, sur les hernies de la vessie, publié en 1780.

Les observations se sont multipliées et Malgaigne surtout en montra bien la fréquence ; puisque sur cent femmes, dit-il, qui se présentèrent au Bureau central pour obtenir des bandages ou des pessaires, 22 étaient atteintes de cystocèle vaginale.

Notre malade est donc atteinte de cystocèle, mais chez elle, cette cystocèle présente quelques caractères spéciaux, l'utérus n'est pas prolabé, il n'y a pas d'hypertrophie du col,

la tumeur n'est pas régulière et la distension ne fait pas disparaître ses replis. Il faut en conclure qu'il y a surtout une hypertrophie de la muqueuse vaginale qui, probablement, a été la cause de la cystocèle. Il n'y a pas ou presque pas de troubles de la miction et c'est la pesanteur et la douleur qu'occasionne la tumeur qui ont fait demander à cette femme une intervention.

Pendant très longtemps on proscrivit l'intervention chirurgicale et seuls les appareils de contention furent employés : les pessaires, les ceintures hypogastriques furent tour à tour préconisés sans avoir donné de bons résultats.

Jobert, le premier, en 1840, proposa une opération contre la cystocèle vaginale. Il détruisait à l'aide de cautérisations au nitrate d'argent, faites transversalement, une portion de la paroi antérieure du vagin. Les bords des plaies étaient excisés et réunis par une suture entortillée.

Marion Sims, en 1860, voulant enlever une portion de la cloison vésico-vaginale dans un cas de cystocèle, avait pris cette cloison entre les mors d'une pince et la sectionna. Il s'aperçut qu'il n'avait entamé que la muqueuse vaginale laissant la vessie intacte : Ainsi il fut conduit à l'opération connue sous le nom de kolporrhaphie,

Cette opération a pour but de retrancher une portion de la muqueuse du vagin, sans intéresser la paroi de la vessie et de réunir les bords de la plaie, de façon à rétrécir la paroi du vagin et opposer ainsi un plan résistant à l'organe qui fait saillie. La kolporrhaphie est antérieure ou postérieure, suivant qu'elle cherche à s'opposer à la cystocèle ou à la rectocèle.

Il y a plusieurs façons de procéder, Marion Sims détachait deux lambeaux latéraux qu'il suturait, laissant entre eux une portion saine ; Emmet aviva toute la surface et la sutura. Hegar et Kaltenbach ont pris la muqueuse entre des pinces ; mais je ne veux pas insister sur les modifications apportées presque par chaque chirurgien, et je vais pratiquer devant vous la kolporrhaphie.

La malade, dont le vagin a été aseptisé autant que possible par des injections au sublimé et des tampons iodoformés, va être placée sur le dos les jambes relevées. Avec une pince à griffes, j'attirerai la tumeur au dehors, je ferai alors immédiatement au-dessous du méat une incision horizontale, en allant le plus loin possible sur les côtés. Des extrémités de cette incision, je ferai partir deux autres incisions verticales qui s'arrêteront en arrière des replis. Préoccupé, en effet, de la minceur de la cloison en arrière, je craindrais d'intéresser la muqueuse vésicale en poussant plus loin l'incision.

Je réséquerai toute la muqueuse vaginale comprise entre ces incisions et j'aurai ainsi une surface avivée de 5 centimètres sur 3 dont je réunirai les lèvres latérales avec une série de sutures au catgut; un tampon iodoformé sera placé dans le vagin.

L'opération a été exécutée comme je viens de le dire.

Le lendemain, la malade ne souffrait pas. On la sonde 2 fois le jour et chaque jour aussi on fait 2 lavages au sublimé.

Le 9e jour la malade se lève, elle urine seule, ses douleurs ont complètement disparu.

A l'examen il n'y a plus de trace de tumeur à la vulve, et les efforts de la toux, ne font plus rien apparaître.

La malade sort le 21 février pour retourner dans son pays.

DES MARIAGES PRÉCOCES ET DE LEURS CONSÉQUENCES

Par le Dr **Jules Rouvier**,
Professeur à la Faculté française de médecine de Beyrouth (Syrie).

L'influence exercée par l'âge précoce du mariage, chez la femme, sur sa santé générale et sur le produit de la conception, est une question encore controversée en obstétrique et en gynécologie.

Les mœurs et coutumes de la Syrie où nous exerçons notre profession, nous ont permis de recueillir un certain nombre

d'exemples de ces mariages précoces et nous ont engagé à étudier ce sujet encore peu connu.

Nos observations ont été relevées sur un total d'environ 1400 femmes, qui, du 15 octobre 1886 au 10 avril 1888, se sont présentées à notre clinique externe d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie à l'hôpital Français de Beyrouth. Leur chiffre est relativement considérable puisqu'il s'élève à 79. Il aurait pu être plus important encore, si nous n'avions prié M. Amin Gemayel, externe des hôpitaux, un de nos élèves, chargé de ces recherches, de s'arrêter comme limite supérieure, à l'âge de 15 ans maximum.

Au point de vue des nationalités, ces 79 femmes se répartissent de la façon suivante :

Maronites	30
Grecques catholiques	11
Grecques orthodoxes	10
Musulmanes	7
Syriennes catholiques	2
Arménienne catholique	1
Druse	1
Nationalité inconnue	17

Cette distinction d'après les cultes peut paraître étrange, dans notre siècle, en Europe, où la civilisation a fait disparaître les barrières que les croyances avaient élevées entre les familles et les sociétés. En Orient, elle est indispensable si l'on veut avoir une idée relativement juste des habitudes hygiéniques de chaque individu. Nous divisons pour la commodité de l'étude nos observations en quatre groupes : 1° les nullipares ; 2° les femmes n'ayant eu que des accouchements à terme ; 3° celles qui ont eu à la fois des accouchements et des avortements ; 4° celles qui n'ont eu que des avortements

1° Le groupe des nullipares renferme 11 femmes dont cinq se sont mariées avant d'être réglées : 2 à 11 ans ; une à 12 ans ; une à 13 ; et une à 15 ans.

La première menstruation s'est manifestée chez elles en

moyenne 24 mois après la consommation du mariage. Ce qui prouve combien est fautive l'opinion des auteurs qui considèrent la précocité des mariages en Orient, comme la conséquence logique de la précocité de la puberté. Au moment où nous avons observé ces 11 nullipares, elles étaient arrivées aux âges suivants : 17 ans, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 30, 38, 40 et 50 ans ; soit en moyenne 29 ans.

Le temps écoulé depuis leur mariage, était : 5 ans, 7 ans (2 obs.), 8 ans, 10 ans, 14 ans, 15 ans (2 obs.), 25 ans, 27 ans, et 37 ans ; soit en moyenne 15 ans 5 mois et 13 jours. Ce laps de temps était assez considérable pour faire craindre une stérilité permanente sauf intervention de l'art. Reste à savoir si les rapports sexuels prématurés avaient produit les troubles pathologiques qui empêchaient la grossesse.

Dans cinq observations, dont 4 antéflexions de l'utérus, et une rétroflexion accompagnée de rétroversion, il est probable que leur influence avait été négative.

Dans quatre observations, dont deux de métrite parenchymateuse, un cas de dysménorrhée, et un cas de métrorrhagie, où l'examen des organes génitaux ne put être pratiqué, l'origine des lésions pouvait-être rattachée au mariage précoce.

Enfin, dans 2 observations, un cas de polype endo-cervical, et un diagnostic omis par mégarde, il n'y avait aucune relation entre la maladie constatée et l'origine présumable.

2° Les femmes n'ayant eu que des accouchements à terme, sont au nombre de 29, dont huit se sont mariées avant d'être réglées : une à 9 ans, deux à 12 ans, deux à treize ans, une à 13 ans 1/2, une à 14 ans, une à 15 ans. La menstruation s'est établie chez elles en moyenne un an dix mois après le mariage. Ces huit femmes étaient âgées quand elles sont venues chez nous : deux de 25 ans, une de 27 ans, 2 de 28 ans, 2 de 30 ans, une de 35 ans. Elles étaient mariées en moyenne depuis 15 ans 9 mois 22 jours. Elles avaient eu un total de 31 enfants, soit environ 4 par mère de famille ; moyenne peu considérable surtout pour la Syrie.

Huit femmes de cette catégorie se sont mariées au moment de la puberté, deux à douze ans, quatre à treize ans, une à quatorze ans, et une à quinze ans. En se présentant à la clinique, deux avaient 20 ans, une 22 ans ; deux, 25 ans ; une, 29 ans ; une, 35 ans, une, 45 ans. Elles étaient mariées en moyenne depuis quatorze ans 6 mois. Elles avaient eu un total de 20 enfants, soit 2 1/2 par mère de famille.

Treize autres femmes de la même classe se sont mariées après la puberté : 1 à 13 ans, 7 à 14 ans, 5 à 15 ans. Elle avaient eu leurs premières règles en moyenne depuis un an huit mois 1/2. Ces femmes ont été inscrites sur nos cahiers d'observations, comme âgées une, de 17 ans ; une, de 20 ans ; deux, de 21 an ; une, de 23 ans ; une, de 32 ans ; une, de 35 ans ; une, de 41 ans ; deux de 45 ans. Elles étaient mariées depuis treize ans 6 mois 1/2 en moyenne. Elles avaient eu un total de 48 enfants, soit 3 enfants 3/4 par mère de famille.

En somme ces 29 femmes ayant vécu en moyenne plus de 14 ans, dans le mariage, n'ont eu que 99 enfants, soit 3 enfants, 4 par mère de famille.

3° 32 femmes observées par nous ont eu à la fois des accouchements à terme et des avortements.

a. — 9 se sont mariées, avant d'être réglées, 6 à 12 ans, 2 à 13 ans ; 1 à 14 ans, en moyenne 1 an 3 mois et 16 jours avant l'établissement du flux menstruel. Elles ont après une moyenne de 21 ans 2 mois et 20 jours de mariage un total de 51 grossesses, soit 5,66 par femme, dont 21 ont été interrompues par des avortements, soit 41,18 0/0.

b. — 7 se sont mariées à l'époque de la puberté : 1 à 11 ans ; 2 à 12 ans ; 2 à 14 ans ; 2 à 15 ans. Après 21 ans 8 mois et 17 jours de mariage, elles ont eu 44 grossesses, soit 6,3 par femme, dont 11, soit 25 0/0 ont été interrompues par des avortements.

c. — 16 se sont mariées après l'établissement de la menstruation, en moyenne un an huit jours après cette époque : 1 à 12 ans ; 5 à 13 ans ; 5 à 14 ans ; 5 à 15 ans. Après 18 ans 2 mois 7 jours de mariage, elles ont eu 111 grossesses, soit

6,94 par femme dont 33, soit 29,72 0/0 ont été interrompues par des avortements.

4° Parmi les 7 femmes n'ayant eu que des avortements, une s'est mariée à 11 ans six mois avant d'être réglée ; une à 14 ans à la puberté ; et 5 après cette époque 1 à 12 ans, 3 à 13 ans et 1 à 14 ans. Au bout de 12 ans 2 mois et 17 jours elles n'avaient eu que 11 grossesses, soit 1,75 par femme, toutes terminées par l'avortement. En tenant compte uniquement de l'époque d'instauration des règles, nos 79 observations comprennent :

a. — 23 femmes mariées avant d'être réglées ; en moyenne 20 mois 9 jours avant la menstruation.

Au bout de 16 ans 6 mois 23 jours de mariage, elles ont eu 83 grossesses, soit 3,6 par femme dont 22 avortements. soit 26,3 0/0.

b. — 16 femmes mariées au moment de la puberté.

Au bout de 18 ans 3 mois et 22 jours de mariage, elles ont eu 65 grossesses, soit 4,07 par femme dont 12 avortements soit 18,46 0/0.

c. — 40 femmes se sont mariées en moyenne un an 6 mois et 17 jours après l'établissement de la menstruation. Au bout de 17 ans 7 mois et 6 jours de mariage, elles ont eu 168 grossesses, soit 4,2 par femme, dont 42 avortements, soit 25 0/0.

En résumé, 79 femmes mariées avant leur 16e année, n'ont eu au bout de 17 ans 4 mois et 12 jours de mariage que 316 grossesses, soit 4 par femme, dont 76 avortements, soit 24 0/0.

Les diagnostics de 78 de ces femmes sont :

A. — *Inflammations.*

Métrite parenchymateuse................	17	fois.
Endométrite chronique..................	4	—
Métrite érosive du col..................	9	—
Métrite granuleuse du col...............	10	—
	40	fois.

B. — *Déplacements de l'utérus et flexions.*

Rétroversion	11	fois.
Dextroversion	1	—
Antéversion	5	—
Antéflexion	7	—
Prolapsus complet	3	—
Rétroflexion	6	—
	33	fois

C. — *Divers.*

Polypes endo-cervicaux	2	fois.
Hystérie symptomatique	1	—
Hernie ombilicale	1	—
Cancer de l'utérus	2	—
Fibromes de l'utérus	2	—
Tuberculose du col	2	—
Sténose du col	1	—
Dysménorrhée	3	—
Aménorrhée	1	—
Vulvite	1	—
Condylome vulvaire	1	—
Métrorrhagie	2	—
Excroissances fongueuses du méat urinaire.	1	—
	20	fois.

CONCLUSIONS

De l'examen de nos observations, nous croyons devoir conclure que dans les mariages précoces :

I. — La fécondité absolue est diminuée (en Orient les familles sont en général très nombreuses, et les fraudes dans le mariage très rares).

II. — La proportion des avortements augmente.

III. — Les rapports sexuels prématurés, et le travail de l'accouchement, favorisent l'éclosion des inflammations de l'utérus et les déplacements ou déformations de cet organe.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES FAUX POLYPES DE L'UTÉRUS

Par Mme le Dr **Anna Klasson** (de Kiew) (1).

Après ce rapide coup d'œil résumant la littérature sur les faux polypes utérins, nous pouvons conclure que la question est encore très controversée et que la plupart des traités d'obstétrique et de gynécologie donnent à cet argument trop peu d'extension. C'est pourquoi nous avons pensé que toute contribution apportée à l'étude de cette question ne sera pas sans avoir une certaine utilité.

Ayant eu l'occasion d'étudier quelques malades présentant des types très intéressants des affections qui nous occupent, nous allons en exposer les observations et décrire les pièces, avec l'étendue que l'intérêt de la matière comporte.

Nous profitons de cette occasion pour exprimer nos plus vifs remerciements à M. le Dr Cristiani (de Genève) qui a bien voulu mettre à notre disposition les observations des malades et les pièces relatives.

V. — OBSERVATION DE POLYPE PLACENTAIRE

Mme Ch..., âgée de 24 ans, est une femme très robuste qui a toujours joui d'une bonne santé. Il y a trois ans elle a eu un enfant qui se porte très bien.

Restée enceinte au mois d'avril, elle expulsa le 23 juin un embryon d'environ trois mois, enveloppé de caillots san-

(1) Voir les *Ann. de Gyn.* Février 1889.

guins, après avoir eu pendant une semaine des hémorrhagies abondantes et répétées.

Après l'avortement elle semblait complètement rétablie, quand, environ quinze jours plus tard, les hémorrhagies reparurent, accompagnées de violentes douleurs lombaires. Le sang perdu était parfois rouge, parfois absolument noir comme de l'encre, d'autres fois l'écoulement était à peine rosé, presque aqueux.

Petit à petit de véritables coliques utérines se manifestèrent et les pertes sanguines devinrent de plus en plus abondantes.

Ce ne fut que dans la nuit du 21 au 22 juillet qu'on se décida à appeler le médecin.

Mme Ch. est pâle, mais non amaigrie ; elle est en proie à des coliques utérines très fortes, subintrantes, et perd presque continuellement du sang.

A la palpation on sent l'utérus, dont le fond dépasse de quatre travers de doigt la symphyse du pubis. L'organe est dur, vu son état de contraction, et peu mobile.

Au toucher on constate une dilatation du col de la largeur d'une pièce de deux francs. Le doigt introduit dans le col rencontre une masse irrégulière divisée en lobes, d'une consistance solide particulière, rappelant celle du placenta. En insinuant le doigt entre cette masse et les parois utérines. on constate qu'elle n'est adhérente en aucun point de son pourtour, sur une étendue de quelques centimètres, limite à laquelle le doigt peut arriver. Deux doigts introduits jusqu'au fond de l'utérus constatent que la masse est solidement adhérente sur un espace de plusieurs cent. carrés, surtout à la partie postérieure et en haut. Des tentatives faites pour détacher ces adhérences échouèrent et on ne put extraire que plusieurs morceaux du volume d'environ une grosse pomme. Cette intervention incomplète soulagea la malade ; l'hémorrhagie s'arrêta, les douleurs se montrèrent à de plus rares intervalles et grâce à quelques gouttes de laudanum la ma-

lade put bien passer le reste de la nuit et se remettre un peu pour supporter l'opération du curage utérin qui fut pratiquée le lendemain. La curette put ramener le reste de la tumeur qui représentait à peu près le même volume que le jour précédent.

Déjà l'examen macroscopique de la masse enlevée indiquait qu'on avait affaire à du tissu placentaire ; c'était une masse friable, présentant des filaments enchevêtrés de couleur rouge brunâtre, par place blanchâtre, mêlés à des caillots sanguins.

A l'examen microscopique on voyait les villosités grosses, comme œdémateuses ; certaines d'entre elles présentaient une infiltration graisseuse.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est la durée de 15 jours qui s'est écoulée entre l'avortement et la première hémorrhagie. En outre, le volume du polype placentaire, abstraction faite des caillots sanguins, n'était pas en rapport avec l'âge de la grossesse, ce qui prouve qu'il avait continué à s'accroître après l'expulsion du fœtus, pendant les 29 jours qu'il est encore resté dans l'utérus. Du reste la preuve de sa nutrition active nous est donnée par sa solide adhérence à l'utérus.

Delore (1) donne une explication de l'hypertrophie du placenta qu'on rencontre assez souvent dans les œufs abortifs, surtout dans les cas de fœtus longuement macérés, en l'attribuant à un vice de nutrition : « après la mort du fœtus le sang maternel circule encore dans les sinus, mais l'endosmose ne profite plus qu'aux cellules des villosités qui se gonflent outre mesure et deviennent œdémateuses. L'augmentation du volume des villosités produit l'hypertrophie totale du placenta ». Cette explication nous paraît applicable également à notre cas.

(1) DELORE. Art. *Placenta*. Dict. enc. d. sc. méd.

VI. — OBSERVATION DE POLYPE FORMÉ PAR LA CADUQUE

Mme A. B., italienne, est une femme de 28 ans.

Elle s'est mariée il y a quatre ans et n'a jamais eu d'enfants. Sa santé a toujours été bonne, sauf quelques accès de fièvre palustre qu'elle a eus dans sa jeunesse, quand elle travaillait dans les rizières du Piémont.

Mariée à 24 ans, une année après son mariage elle était restée deux mois et demi sans voir ses règles, quand elle fut prise tout à coup de douleurs dans la région de l'hypogastre et expulsa avec des caillots un petit embryon que la sage-femme estima à environ deux mois.

Une année après ce premier avortement, le même fait se reproduisit ; elle rendit, avec une hémorrhagie assez abondante, un embryon de la même grandeur que le précédent ; ses règles avaient cessé de paraître depuis deux mois et demi.

Deux ans après son second avortement une nouvelle grossesse se manifesta. Dans le courant du troisième mois les symptômes habituels apparurent : les douleurs et l'hémorrhagie l'obligèrent à se mettre au lit. Après avoir reçu les soins d'une sage-femme, la malade, voyant que son état, sans empirer, ne semblait pas s'améliorer, fit appeler le médecin. C'est depuis ce moment que l'observation commence à devenir positive.

Au moment de l'examen (22 juin), Mme B. est au lit depuis trois semaines : elle se lève quelquefois, mais les hémorrhagies, la faiblesse et les douleurs lombaires l'obligent à se recoucher. Elle se croit enceinte de trois mois et demi (ses dernières règles se sont montrées vers le milieu de mars). Elle est maigre, mais bien conformée ; ses muqueuses sont pâles. Dans la dernière semaine elle a perdu peu de sang.

L'inspection de l'abdomen ne révèle rien de particulier. A la percussion on trouve la matité splénique dépassant les

limites normales ; de la matité aussi au niveau du cœcum et de l'S iliaque, tandis que la région sus-pubienne est sonore.

A la palpation on peut à peine sentir le fond de l'utérus, qui dépasse légèrement le détroit supérieur.



FIG. 1. — Pseudo-polype du col de l'utérus vu en place au spéculum. Il consistait en une membrane enveloppant un petit bloc de sang coagulé (grandeur naturelle).

Le toucher vaginal permet de sentir dans l'excavation du sacrum une masse dure, cylindrique, qui n'est autre chose que le rectum rempli de matières, de consistance presque pierreuse. Le col peut être très facilement atteint. Il n'est pas dilaté : la pointe de l'index n'y pénètre pas. Un corps mou, pendant dans le vagin, paraît être en connexion avec le col par un pédicule ; les culs-de-sac sont libres; le toucher n'est absolument pas douloureux. Le toucher combiné avec la palpation abdominale démontre que l'utérus est un peu plus gros et plus globuleux qu'un utérus normal.

A l'examen au spéculum on voit une tumeur qui pend dans le vagin et enfonce dans le col un pédicule grêle et assez long, tordu sur lui-même (voir fig. 1). Par sa couleur foncée, violacée, il tranche nettement sur la muqueuse rosée du col. Cette tumeur ayant tous les caractères d'un polype



FIG. 2. — Le même pseudo-polype ouvert; on peut voir que le pédicule était formé par la membrane enveloppante tordue sur elle-même.

muqueux, était suffisante pour expliquer les phénomènes que présentait la malade. Vu l'exiguïté du pédicule et la facilité probable de l'ablation, l'opération fut proposée séance tenante à la malade qui l'accepta.

Le pédicule fut saisi avec une longue pince : pendant qu'on le tendait, il se détacha avec facilité, sans hémorrhagie. La pièce, fixée dans l'alcool absolu, fut examinée plus tard; cependant entre l'ablation et la fixation il s'était écoulé quelques heures, ce qui a permis un léger dessèchement de la tumeur.

La malade se trouva mieux, elle avait repris ses travaux du ménage, tout en remarquant de temps à autre quelques petites pertes sanguines, quand un mois plus tard (le 22 juillet) elle expulsa pendant la nuit avec une hémorrhagie considérable et de très fortes douleurs, un corps ovoïde, plus -and qu'un œuf d'oie, de couleur gris rosé, recouvert sur

une petite étendue par un caillot sanguin aplati. A son tremblotement on devinait qu'il contenait du liquide.

Les suites furent des plus simples. Quelques jours après la malade était complètement guérie.

EXAMEN DES PIÈCES. *Pièce du 22 juin.* — Le petit polype, de la grandeur d'une noix, avec un pédicule de 3 centim. environ de longueur, se montre constitué par une membrane et un contenu solide : la membrane après avoir enveloppé le contenu, se tord sur elle-même et forme le pédicule (voir fig. 2).

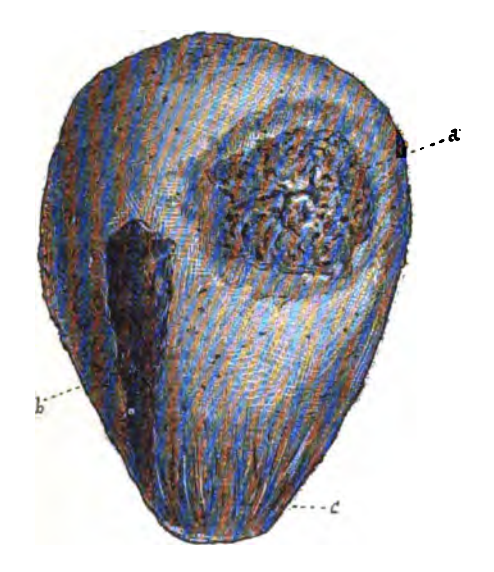


FIG. 3. — Œuf dégénéré, expulsé par la même malade un mois après l'ablation du polype, grossesse supposée de quatre mois.
a. Placenta. — *b*. Caillot sanguin non adhérent. — *c*. Partie correspondant au col utérin.

La membrane, de moins d'un millimètre d'épaisseur, d'une couleur rouge grisâtre, est parsemée de petits orifices plus petits qu'une tête d'épingle, bien visibles et nombreux surtout sur le pédicule, en le déroulant. Ces orifices représentent l'ouverture de petits canaux traversant un peu oblique-

ment l'épaisseur de la membrane. La face externe de cette membrane est lisse, tandis que la face interne, quand on la détord et qu'on enlève les masses brunâtres qui remplissent la grosse extrémité du polype, est rugueuse.

Le contenu présente des masses brunâtres, les unes plus compactes, complètement homogènes à la section, d'autres plus friables.

L'examen microscopique de la membrane montre qu'elle est constituée par des cellules, tantôt rondes, tantôt fusiformes ; on voit par places des trous, correspondant probablement aux orifices de glandes, mais dont l'épithélium est tombé.

Les masses brunâtres sont constituées par des caillots sanguins : on voit au microscope de nombreux globules sanguins altérés, pressés les uns contre les autres ; sur les caillots plus friables on voit le réticulum de fibrine emprisonnant des globules sanguins; pas de trace de villosités.

Pièce du 22 *juillet.* — Le corps expulsé a la forme d'un ovoïde assez régulier, d'une couleur rose sale, plus foncé du côté de la petite extrémité (fig. 3). Les dimensions sont sensiblement celles d'un gros œuf d'oie.

La surface est rugueuse et une mince membrane qui le recouvre incomplètement se laisse facilement détacher en se déchirant par places.

En prenant ce corps dans les mains, on sent trembloter dans son intérieur un contenu liquide qui ne remplit pas complètement la cavité, ce qui le rend flasque, cependant il faut remarquer qu'entre l'expulsion et le premier examen il s'était écoulé environ huit heures et qu'au moment de l'expulsion, au dire de la malade, le corps était beaucoup plus gros et bombé.

Pour décrire cet ovoïde nous devons lui considérer deux faces et deux extrémités.

La grosse extrémité et une des faces ne présentent rien de particulier. La petite extrémité est, comme nous l'avons déjà fait remarquer, un peu plus foncée que le reste et pré-

sente de légers plis longitudinaux partant du pôle pour se perdre à environ deux centimètres plus haut, sur toute la circonférence. On dirait qu'il a été forcé de passer par un orifice plus étroit que lui : cela ressemble en petit à ce qui arrive à la poche des eaux pendant l'accouchement, quand elle proémine en faisant boudin.

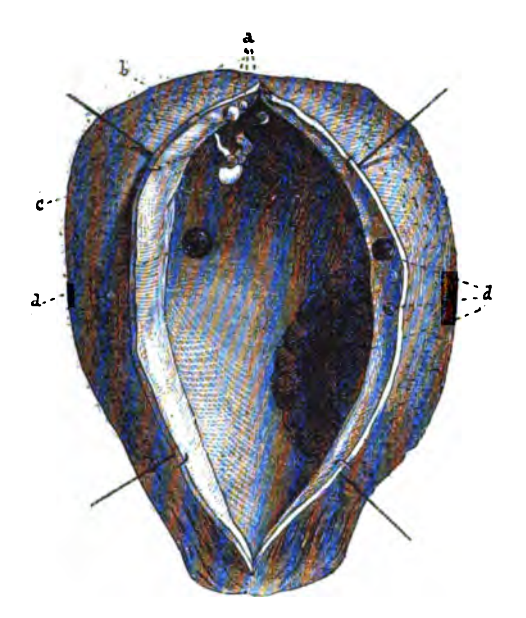


FIG. 4. — Même œuf ouvert.

a. Vésicules transparentes contenant du tissu myxomateux (myxômes) (?). — *b.* Petite formation ressemblant à un embryon du premier mois, attaché aux parois par un tractus. — *c.* qui a l'air d'un cordon ombilical. — *d.* Caillots sanguins (foyers hémorrhagiques) ayant soulevé l'amnios.

Sur l'autre face nous observons deux particularités, l'une en bas de l'équateur, et à gauche, l'autre en haut de l'équateur, à droite. La première est un caillot sanguin, mince, étalé, non adhérent ; il n'est pas épanché dans le tissu même de la pièce.

L'autre chose remarquable est une plaque rosée, épaisse

d'environ un demi-centimètre, irrégulière, de la grandeur d'environ une pièce d'un franc. Cette plaque est très adhérente, elle fait partie des parois même de l'ovoïde : sa surface fendillée et sa structure ressemblent à celles du placenta.

La pièce fut ouverte avec les ciseaux de haut en bas du côté où sa surface ne présentait rien de particulier. Il s'en échappa un liquide jaune brunâtre, en petite quantité : environ trente grammes. Sa densité n'a pas été prise. Quant à sa composition, il contenait de l'albumine en raison de 20 gr. par litre (0,6 pour les 30 gr.), dosée à l'albuminimètre d'Esbach après dilution, et des traces d'urée (0,0016 gr. pour 1000) dosée avec l'hypobromite de soude.

A l'examen histologique, on ne trouva que de rares globules rouges et blancs et quelques éléments irréguliers, ressemblant à des cellules épithéliales dégénérées.

L'intérieur de la poche est lisse, de couleur blanc nacré. Des saillies hémisphériques, d'autres allongées ou même tout à fait irrégulières, d'une couleur bleu noir, représentent des foyers hémorrhagiques qu'on ne pouvait pas apercevoir depuis l'extérieur; ces foyers sont au nombre de six, dont un (fig. 4) mesure plus de 3 cent. de longueur sur 2 de largeur. En haut, au niveau de la concavité de la grosse extrémité, on remarque trois vésicules à diamètre inférieur à 1 cent., à contenu transparent, placées l'une à côté de l'autre.

Un peu plus bas, un petit corps de couleur rosée, de la longueur de moins d'un centimètre, est attaché à la paroi antérieure par un pédicule transparent comme les vésicules susmentionnées : ce petit corps avec son pédicule ressemble singulièrement à un petit embryon du premier mois avec son cordon ombilical.

La surface interne de la petite extrémité de l'ovoïde présente une coloration encore plus foncée (brune) que la surface externe : la section de la paroi montre que cette coloration est due à du sang uniformément épanché dans l'épaisseur des tissus. C'est la partie correspondante au col

de l'utérus, où il s'est formé quelque chose d'analogue à la bosse sanguine du fœtus, ce qui prouverait que l'œuf était vivant au moment de son engagement dans le col.

En regardant une section faite à travers l'épaisseur des parois de la poche, soit à la loupe, soit même à l'œil nu, il est aisé de s'apercevoir qu'elle consiste en quatre couches concentriques, d'épaisseur différente. La plus externe, nous l'avons déjà vue : c'est cette membrane fragile entourant incomplètement la pièce et se détachant facilement : par places très-mince et perforée, par places plus épaisse, manquant absolument au niveau de la petite extrémité au pourtour de laquelle elle forme quelques lambeaux flottants.

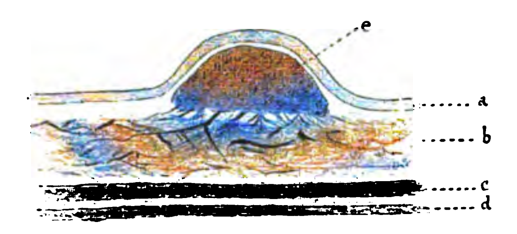


Fig. 5. — Coupe topographique (mi-schématique) des parois de l'œuf, pratiquée au niveau d'un foyer hémorrhagique (vue à la loupe).

a. Amnios. — *b.* Chorion. — *c.* Caduque réfléchie. — *d.* Caduque directe. — *e.* Caillot sanguin.

La 2e membrane a à peu près le même aspect que la précédente, mais elle recouvre aussi la petite extrémité de l'œuf; sa surface externe est plus lisse et elle est plus adhérente à la couche sous-jacente par sa face interne ; elle est également perforée et ressemble à un filet à mailles très petites.

La 3e membrane est la plus épaisse des quatre ; elle consiste en filaments enchevêtrés, rappelant les villosités du chorion, mais formant un tissu assez compact.

La membrane la plus interne, mince, mais résistante, se détache aussi très facilement; cependant on y voit des travées qui la réunissent à la membrane sous-jacente.

En pratiquant une coupe transversale au niveau d'un foyer

hémorrhagique (fig. 5), on voit que le caillot sanguin se trouve entre la troisième tunique et l'interne, qu'il dissèque : ce caillot est adhérent à la troisième membrane par des filaments qui sont des vaisseaux sanguins ; la membrane interne se détache très facilement du foyer hémorrhagique.

Le contenu des vésicules transparentes, examiné au microscope, a été reconnu être du tissu myxomateux : des cellules avec des prolongements au nombre de deux, trois, et même plus, nageant dans une substance hyaline, donnant les réactions de la mucine (fig. 6).



Fig. 6. — Contenu des vésicules myxomateuses (grossissement de 350 d.).

Qu'était-ce donc que ce corps polypoïde extirpé le 22 juin ?

Les caractères déjà macroscopiques de la membrane enveloppante montrent qu'on a affaire à la muqueuse utérine, muqueuse hypertrophiée, puisque les orifices des glandes sont déjà très visibles à l'œil nu. Le fait que la face externe est lisse, et la face interne rugueuse, indique que cette membrane s'est retournée en doigt de gant en se remplissant de caillots sanguins, par le mécanisme décrit par Courty dans les avortements des premières semaines que nous avons rappelé précédemment. Ce même mécanisme, l'adhérence plus forte de la muqueuse au col de l'utérus, tandis qu'elle s'est détachée du corps, explique également sa pédiculisation, l'adhérence au col ayant persisté.

Mais cette muqueuse utérine provient-elle d'un avortement ou bien n'est-ce qu'une forme rare de dysménorrhée mem-

braneuse dans laquelle ce retournement en doigt de gant a également été observé ?

Pour nous, il s'agit dans ce cas d'une caduque, c'est-à-dire d'un produit d'avortenent. Nous nous appuyons d'abord sur l'état hypertrophique des glandes de cette muqueuse, dont les orifices sont nettement visibles à l'œil nu, tandis que dans les cas de dysménorrhée membraneuse les orifices des glandes utérines ne peuvent être distingués qu'avec la loupe (Petit)(1).

Ensuite, la forme du corps en question était ovoïde et non triangulaire, comme cela a lieu à l'état de vacuité (Bernutz)(2). Quant au signe donné par de Sinéty pour reconnaître si une membrane expulsée par l'utérus est un produit d'avortement (caduque) ou simplement une membrane dysménorrhéique (muqueuse utérine), il n'a pas pu nous servir dans ce cas particulier : nous n'avons pas trouvé de villosités choriales. Mais nous nous expliquons ce fait par l'entraînement de la caduque réfléchie avant l'œuf : il n'y aura alors de décollé à la face interne de l'utérus que les villosités choriales en voie de former le placenta, qui sont encore peu unies à la caduque utéro-placentaire, et n'en emportent, en se détachant, que la couche épithéliale. Ce mode d'énucléation de l'œuf, décrit par Jacquemier, nous semble expliquer d'une façon très naturelle l'absence de villosités choriales sur la caduque dans les avortements des premiers temps de la grossesse.

Enfin, un argument contre la dysménorrhée membraneuse, c'est que la malade n'a jamais présenté de phénomènes douloureux au moment de ses règles. Celles-ci ont toujours été normales et ce n'est qu'après qu'elles eussent subi un arrêt de deux mois, qu'avaient commencé chez elle les douleurs et les hémorrhagies qui s'étaient terminées deux fois par l'expulsion d'embryons de deux mois et la troisième fois par les phénomènes que nous avons décrits.

---

(1) PETIT. Art. *Dysménorrhée. Dict. enc. des sc. méd.*
(2) BERNUTZ. *Arch. de tocol.*, 1879, I.

Mais s'il s'agissait d'un produit d'avortement, quand ce dernier avait-il eu lieu? Si les accidents présentés par cette femme s'étaient arrêtés après l'ablation de ce faux polype, on aurait pu croire à un avortement, où l'embryon aurait été expulsé sans que la femme s'en aperçoive avec une des hémorrhagies ayant débuté après le deuxième mois, et que le produit polypoïde n'ait été que la caduque de cet avortement, expulsée plus tard sous la forme d'une môle maternelle (Robin) hors de la cavité utérine, restant attachée au col par le mécanisme invoqué plus haut.

Mais l'expulsion un mois plus tard d'un œuf de plus de 3 mois, met à néant cette explication; le polype devait déjà exister au moment où le second œuf a été conçu.

Était-ce la caduque de l'avortement d'il y a deux ans?

Ce n'est pas impossible, mais la persistance si longue de ce produit dont le pédicule était si fragile, le fait qu'il aurait permis une nouvelle conception et qu'il n'aurait pas donné de symptômes pendant ces deux ans, rendent cette supposition peu probable.

Cependant c'est la seule qui puisse nous donner une explication des faits, à moins de songer à un avortement de quelques semaines: œuf sorti avec les dernières règles, expulsion consécutive de la caduque retournée en doigt de gant, pédiculisation, puis conception de l'œuf rendu quatre mois plus tard.

Mais il est difficile d'admettre un avortement si précoce qu'il soit sans quelques douleurs, et Mme B. n'avait éprouvé rien de semblable au moment de ses dernières règles.

On aurait pu encore, comme dernière ressource, songer à une grossesse gémellaire avec deux ovules ayant chacun sa caduque réfléchie: l'un des œufs se serait énucléé de sa caduque réfléchie et serait sorti pendant l'hémorrhagie dans le courant du troisième mois et sa caduque réfléchie aurait donné lieu à la formation du polype en question.

Quand à l'œuf expulsé le 22 juillet, le désaccord frappant entre les grandeurs de l'embryon qui correspond à peu

près à l'âge d'un [illegible] pect d'un œuf [illegible] quatre mois après [illegible] ser que l'œuf a [illegible] fœtus. Ce cas se [illegible] qu'on a désignés [illegible] Sinclair (1) a réuni [illegible]. La mort de l'embryon a [illegible] l'œuf au lieu de s'a[illegible] à se développer dans [illegible].

Sinclair explique ces [illegible] réflexe de l'utérus qui [illegible] duit mort devenu pour [illegible] garder dans sa cavité. L[illegible] satisfaisant des pers[illegible] phénomène : âge [illegible] grossesses antérieures. N[illegible] l'âge, de ses avortements [illegible] règle posée par Sinclair.

Le phénomène le plus [illegible] c'est le siège des [illegible] indiqué dans la [illegible] rhagiques siégeaient [illegible] n'avaient aucun rapport [illegible] les auteurs que nous [illegible] mier, Delore, Scanzoni [illegible] le siège des hémorrhagies [illegible]

Dans notre cas le placenta [illegible] visible ; tous les foyers [illegible] l'amnios et le chorion et [illegible] Et ce n'était pas une pé[illegible] hémorrhagique de la caduque par [illegible] (comme la possibilité en est [illegible] la caduque n'offrait aucune altération [illegible]

(1) SINCLAIR. *The Brit.* [illegible]

développement de l'embryon s'était arrêté environ à un mois, époque à laquelle l'allantoïde a déjà porté les vaisseaux ombilicaux à la périphérie de l'œuf. Il n'y a donc rien qui s'oppose, théoriquement, à la possibilité d'une rupture d'un de ces vaisseaux qui pourrait avoir comme conséquence la mort de l'œuf ou un trouble de sa nutrition.

Millet (1) est le premier à notre connaissance qui ait admis la possibilité de l'hémorrhagie primitive des vaisseaux ombilicaux dans la partie fœtale du placenta. Pourquoi ne pourrait-il pas se produire une hémorrhagie dans le reste du chorion? Mais cette question sort déjà des limites de notre travail.

VII. — CONCLUSIONS

De cette rapide étude nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. — Il peut se former dans l'utérus des productions polypoïdes aux dépens des parties du produit de conception.

II. — Ces productions peuvent se former aux dépens du placenta, du chorion, de la caduque.

III. — Les manifestations extérieures de ces productions peuvent apparaître à une époque assez éloignée de l'accouchement ou de l'avortement, pour que leur origine soit complètement masquée.

HISTOLOGIE DES VERGETURES (2)

Par MM. E. Troisier et P. Menetrier.

I

La peau subit au niveau des vergetures une modification de structure qui est essentiellement caractérisée par la distension de ses éléments constituants. Cette modification est rendue définitive

(1) MILLET. *Suppl. à tous les tr. d'accouch.*, 1861. Thèse de Paris.

(2) L'importance de ce mémoire qui a déjà paru dans les *Archives de médecine expérimentale* nous engage à le publier intégralement. Les clichés nous ont été obligeamment prêtés par M. G. Masson.

parce qu'un certain nombre de fibres élastiques du derme sont étirées et rompues, de sorte que le tégument ne peut plus reprendre son état normal. Dans une communication faite à la Société de biologie le 29 octobre 1887 (1), nous avons montré que cette altération du réseau élastique du derme devait être considérée comme la lésion fondamentale de la vergeture, celle qui détermine toutes les autres. Cette altération n'avait pas encore été signalée. De nouvelles recherches, basées sur un plus grand nombre de faits, nous permettent de confirmer cette manière de voir. Nous voulons revenir ici sur ce point et donner en même temps une description générale des lésions de la peau au niveau des vergetures.

Nous avons étudié : 1° les vergetures de la grossesse prises dans les différentes régions où elles se développent (abdomen, cuisses, fesses, seins); 2° les vergetures de la fièvre typhoïde que nous avons recueillies à l'autopsie d'un individu mort fort longtemps après la maladie causale (2); 3° les vergetures qui s'étaient développées chez un phtisique sur le thorax et au-dessus de l'un des genoux (3). Dans tous ces cas les lésions histologiques étaient absolument les mêmes. Aussi croyons-nous que notre description peut s'appliquer à toutes les vergetures, quelle que soit leur origine, qu'il s'agisse de vergetures produites par une tension évidente de la peau (grossesse, tumeur intra-abdominale, ascite, polysarcie, croissance) ou de celles dont la pathogénie n'est pas encore bien établie (fièvre typhoïde (4), phtisie (5).

Voici la technique que nous avons suivie. Les fragments de peau ont été durcis dans l'alcool et les coupes histologiques colorées soit au picro-carmin, soit à l'éosine hématoxylique de Renaut. En outre, pour la démonstration du réseau élastique, nous avons employé de préférence le procédé de Balzer (6), qui consiste à colorer

---

(1) TROISIER et MENETRIER. *Note sur les altérations du réseau élastique de la peau au niveau des vergetures. Soc. biol.*, 1887, p. 593.

(2) Ce fait a été communiqué à la Soc. méd. des hôpitaux. *Bull.*, 1888, p. 291.

(3) Fait communiqué à la Société médicale des hôpitaux. *Bull.*, 1887, p. 400.

(4) Signalées pour la première fois par M. le professeur Bouchard et par M. Manouvriez.

(5) Faits de Thaon, Gimbert, Trossat, Gilbert, Brissaud et le nôtre.

(6) BALZER. *Recherches techniques sur le tissu élastique*, etc., in *Arch. de phys.*, 1882, t, II, p. 315.

les préparations avec une solution alcoolique d'éosine et à les traiter ensuite par la solution de potasse à 40 p. 100 ; sous l'action de la potasse, toutes les parties du tissu sont détruites à l'exception des éléments élastiques qui sont ainsi isolés et facilement observables dans toutes leurs particularités.

A. Sur des coupes transversales de la vergeture, comprenant toute l'épaisseur de la peau et colorées au picro-carmin, on voit bien les modifications présentées par l'épiderme, les faisceaux lamineux du derme, les vaisseaux, les follicules pileux et les glandes qui peuvent se rencontrer à ce niveau.

a. L'épiderme, partout continu, et notamment sans aucune interruption de la couche de Malpighi, est simplement aminci; il se décolle facilement des tissus sous-jacents, ce qui tient à l'effacement et souvent même à la disparition complète des papilles du derme.

b. Au-dessous, les faisceaux lamineux du derme sont assez régulièrement disposés en bandes parallèles, sensiblement rectilignes et par places dissociés, écartés les uns des autres. Cette apparence tranche nettement avec ce qui se voit au niveau des parties saines avoisinantes.

Le derme est normalement constitué par un feutrage régulier de faisceaux lamineux ondulés, entre-croisés en tous sens, très fins et très serrés vers la surface, plus épais et plus écartés dans la profondeur où ils se continuent avec les gros faisceaux du tissu cellulaire lâche sous-cutané. La lésion de la vergeture est uniquement bornée au derme, et là seulement le feutrage, l'intrication des faisceaux a disparu ; par suite de la distension, tous ces faisceaux sont devenus parallèles, se sont désunis, et vraisemblablement rompus ou effilés par places, d'où cette apparence de tissu raréfié que présentent les préparations et que l'on peut constater sur la figure 1. C'est là même ce qui différencie nettement les vergetures des véritables cicatrices de la peau. Lorsqu'on examine au microscope la coupe d'une vieille cicatrice cutanée, consécutive à une plaie linéaire, on peut observer une disposition analogue des faisceaux fibreux de tissu inodulaire ; mais ces faisceaux, au lieu d'être amincis et raréfiés, sont toujours denses, épais, intimement soudés les uns aux autres et prennent, sur les préparations traitées par les mêmes réactifs, une coloration plus intense que les parties saines avoisinantes.

c. Au niveau de la vergeture, les vaisseaux (artérioles et veinules) suivent la même direction rectiligne que les faisceaux lamineux. N'ayant pas pratiqué d'injections, nous n'avons pu étudier l'état des capillaires qui, vides de sang en raison de l'anémie habituelle de la peau des cadavres, n'étaient pas apparents sur nos coupes.

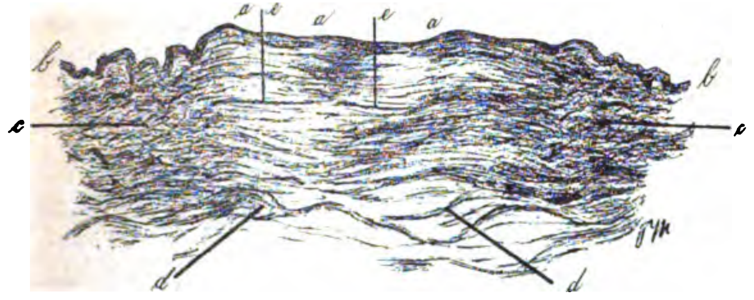


FIG. 1.

a, surface libre de la vergeture ; épiderme aminci à son niveau ; *b*, épiderme de la peau saine ; *c*, derme sain formé par un feutrage serré de faisceaux conjonctifs ; *d*, faisceaux profonds du derme se continuant avec le tissu conjonctif lâche sous-cutané ; *e*, faisceaux lamineux étirés et dissociés au niveau de la vergeture.

d. Enfin parfois nous avons rencontré un follicule pileux au voisinage des parties ainsi modifiées ; il se trouvait légèrement dévié par la traction des faisceaux conjonctifs, mais nullement altéré dans sa structure.

En profondeur la lésion ne dépasse pas l'épaisseur du derme.

Toutes ces altérations se résument en une distension des éléments constituants de la peau, étirés dans un sens perpendiculaire à la direction de la vergeture, c'est-à-dire dans le sens même de l'allongement subi par la peau.

B. Quoique sur les préparations précédentes on puisse déjà juger que le réseau élastique ne présente plus son aspect habituel, on n'en saisit bien les modifications qu'en employant le procédé que nous avons indiqué.

A l'état normal, comme on le voit dans les parties saines, les fibres élastiques sont entre-croisées en tous sens, en un réseau dense et serré dans toute l'épaisseur du derme, réseau plus épais, à fibrilles plus fines au voisinage de la surface et formant des houp-

pes élégantes dans les papilles. Au niveau de la vergeture, elles sont plus rares, très espacées, allongées dans le même sens que les fibres lamineuses ; elles forment quelques faisceaux parallèles et rectilignes laissant entre eux de grands espaces qui en sont totalement dépourvus, ou ne renferment que des fibrilles extrêmement fines. De chaque côté, sur les limites de la vergeture, le tissu élastique paraît plus dense que normalement et renferme un plus grand nombre de fibres ratatinées, contournées sur elles-mêmes en vrille, en tire-bouchon et qui sont très vraisemblable-

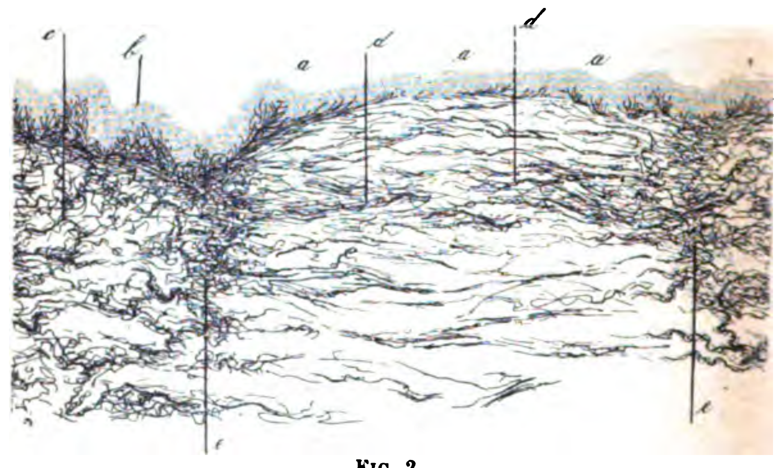


FIG. 2.

a, surface épidermique de la vergeture ; *b*, épiderme de la peau saine ; *c*, réseau élastique normal du derme ; *d*, fibres et fibrilles élastiques étirées au niveau de la vergeture ; *e*, condensation du réseau élastique sur les limites de la vergeture par rétraction des fibres rompues. (D'après le dessin de M. Gruzelle.)

ment des fibres rompues de la région étirée ; la figure 2 montre bien tous ces détails. Ici encore, nous ne trouvons autre chose que des éléments normaux tiraillés, distendus, jusqu'à la rupture.

Nous n'avons dans aucun cas examiné les nerfs de la région atteinte. Nous ne pensons pas d'ailleurs qu'une lésion d'ordre mécanique comme celle que nous venons de décrire, puisse être sous la dépendance d'un trouble trophique d'origine nerveuse (1).

(1) ERASMUS WILSON. *On Striæ et Maculæ atrophiæ Cutis, or falces Cicatrices of the Skin*, in *Journal of cutaneous Medicine*, 1868, p. 140, admet

Il eût été intéressant d'étudier une vergeture tout à fait au début de sa formation; nous n'en avons pas eu à notre disposition. Il est probable que les fibres lamineuses et les fibres élastiques s'étirent peu à peu, au fur et à mesure que la vergeture s'élargit. Ce que nous pouvons dire, c'est que les vieilles vergetures nacrées présentent absolument la même structure que les vergetures violacées des primipares. A part les modifications vasculaires dont il sera question plus loin, la lésion, une fois constituée, ne subit point de changement.

Peu d'auteurs ont donné une description exacte des altérations anatomiques des vergetures.

Hebra et Kaposi (1), qui les rangent dans les atrophies de la peau et qui les désignent sous le nom de *stries et taches atrophiques de la peau*, ont vu l'effacement des papilles, l'amincissement et l'écartement des faisceaux du derme, mais ils considèrent à tort cette altération comme due à « une résorption » d'une partie du derme.

Pour Küstner (2), la vergeture est une véritable solution de continuité qui siége, non pas dans la couche de Malpighi, comme on l'avait cru avant lui, mais dans les parties plus profondes de la peau. C'est en quelque sorte une craquelure du derme.

Langer (3), qui a fait jusqu'ici la meilleure étude anatomique des vergetures, cherche surtout à réfuter l'opinion de Küstner. Après avoir montré que la couche de Malpighi est réellement intacte, il décrit avec beaucoup de soin la direction transversale des faisceaux conjonctifs du derme, et les compare aux fibres qui réuniraient les deux portions d'une masse de lin incomplètement séparées et il en donne une bonne figure. Il étudie ensuite minutieusement la disposition des vaisseaux et des réseaux vasculaires

---

une variété de vergetures qui reconnaîtrait pour cause une lésion de nerfs cutanés (*striæ neuroticæ*); mais les deux faits qu'il donne à l'appui de cette opinion ne paraissent pas se rapporter aux vergetures vraies que nous étudions ici.

(1) HEBRA et KAPOSI. *Tr. des mal. de la peau*. Tr. Doyon, 1878, t. II, p. 259.

(2) O. KUSTNER. *Zur Anatomie der Graviditätsnarben*, in *Arch. für path. Anat. von Virchow*, B. 67, 1867, p. 210.

(3) LANGER. *Ueber die Textur der sogenannten Graviditäts-Narben*, in *Mediz. Jahrb. von Stricker*, p. 49, 1880.

(après injection). De ses recherches il conclut qu'il n'y a pas une véritable solution de continuité du derme, comme l'a dit Küstner, mais une simple distension de la peau. Mais il n'a pas recherché les altérations du réseau élastique du derme et il n'a pas vu par conséquent le rôle important qu'elles jouent dans la production des vergetures.

II

Un point assez curieux de l'histoire des vergetures est la variété des colorations qu'elles présentent suivant leur âge. Récentes, elles sont rosées, rouges ou violacées, puis elles pâlissent peu à peu et finissent par présenter cet aspect décoloré, d'un blanc nacré, qui les a fait si improprement assimiler aux cicatrices. Diverses explications ont été proposées pour rendre compte de ces variations de couleur. Hebra et Kaposi pensent que la distension de la peau amène la rupture d'un certain nombre de ramuscules vasculaires, d'où l'épanchement d'une petite quantité de sang à ce niveau. Il n'y a pourtant guère de ressemblance entre la couleur d'une vergeture récente et celle d'une hémorrhagie cutanée, d'une tache de purpura par exemple ; en outre on n'observe pas les dégradations de teinte successives par lesquelles passent tous les épanchements sanguins superficiels ; enfin nous n'avons jamais sur nos préparations constaté de semblables hémorrhagies, ni les résidus hématiques qui devraient leur succéder.

Küstner invoque l'amincissement de la peau permettant dans les vergetures récentes de mieux voir le réseau sanguin sous-cutané ; plus tard la condensation progressive du tissu, l'épaississement de la couche cornée de l'épiderme, feraient perdre peu à peu à la vergeture sa transparence primitive.

La coloration rouge des vergetures récentes tient en effet très probablement à l'amincissement de la peau, qui rend plus apparent le réseau sanguin superficiel, et la décoloration ultérieure est sans doute le résultat de l'oblitération progressive des vaisseaux étirés. Des injections très pénétrantes et sur des vergetures d'âges divers seraient nécessaires pour bien élucider ce point en question.

On observe au niveau des vieilles vergetures un froncement ou un plissement transversal de l'épiderme. Cette particularité s'explique facilement ; lorsque la cause de la distension a disparu, l'épiderme est trop large au niveau de la vergeture et il se soulève en formant des plis ou des figures festonnées.

III

Des altérations que nous venons de décrire, la plus importante est certainement celle du réseau élastique. C'est, en effet, le réseau élastique qui forme la trame de soutien du derme, qui lui donne ses propriétés spéciales de résistance et de souplesse, et qui permet à la peau de conserver sa forme, en dépit des actions incessantes auxquelles elle est soumise, tandis que ses autres éléments, épiderme ou faisceaux lamineux, ne jouent qu'un rôle tout passif. Il est donc logique d'admettre que l'altération a débuté par la rupture d'un certain nombre de fibres élastiques, ce qui a favorisé la distension des autres; la raréfaction du réseau s'explique par le retrait des fibres rompues qui se sont ratatinées de chaque côté de la vergeture. Quant aux faisceaux lamineux et à l'épiderme, sans résistance propre et manquant de leur soutien habituel, ils se sont laissé étirer dans le sens de la rupture des fibres élastiques.

Cette rupture des fibres élastiques est-elle due seulement à la distension de la peau ? N'y aurait-il pas aussi dans quelques cas une altération de structure des fibres élastiques favorisant leur rupture ? Nous ne pouvons rien affirmer à ce sujet, mais nous devons dire que dans les faits que nous avons étudiés nous n'avons constaté aucune modification appréciable de la structure des fibres élastiques.

La vergeture consiste donc en une élongation, sur un point circonscrit, des éléments constituants de la peau, avec rupture de quelques-uns de ces éléments ; c'est pour cela que la peau est plus ou moins amincie à ce niveau. Nous ne voyons là qu'une lésion purement mécanique, sans trace de processus atrophique ou inflammatoire, et par conséquent nous ne saurions considérer les vergetures comme une atrophie cutanée, ainsi que le veulent Hebra et Kaposi, Er. Wilson (1), etc., et pas davantage comme une cicatrice. On s'explique aisément qu'une telle lésion une fois constituée soit indélébile.

---

(1) Er. Wilson. *Loc. cit.*, et *On Diseases of the Skin.* 5the Ed., p. 404. Er. Wilson les désigne sous le nom de *Striæ atrophiæ* et de *linear atrophy*.

Nous devons dire que le mot vergeture n'a d'équivalent ni en anglais ni en allemand.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 14 février 1889.

Présentation : RICHELOT. Au nom de M. le Dr Vesseaux (Montbéliard), un **monstre fœtal** provenant d'une grossesse **gémellaire** : ce monstre est représenté par une boule ovoïde, sans trace de membres, avec des vestiges d'yeux, de nez et de bouche. On lui trouve de petites fossettes à la place des oreilles, à l'autre extrémité, il offre une légère dépression anale et un rudiment d'organes génitaux.

M. PAJOT, **fait une dernière réponse à propos du curettage de l'utérus.**

PORAK. a) **A propos d'un cas de rupture prématurée de la poche des eaux.** — Une dame B..., âgée de 25 ans, qui a déjà mis au monde 2 enfants, entre en travail le 24 décembre 1888, un mois environ avant le terme normal de cette 3e grossesse. Dans la soirée, ce même jour, *écoulement subit d'une grande quantité d'eau*. Or, quand la dilatation fut complète, M. Porak constata, nettement, au devant de la partie fœtale qui se présentait, une poche des eaux, poche qui était formée par l'amnios. Car, l'ayant rompue, il n'y avait pas en arrière d'elle de seconde poche. D'ailleurs, l'abondance du liquide qui s'était écoulé primitivement, et la brusquerie avec laquelle cet écoulement s'était fait témoignaient en faveur de l'idée que les membranes avaient été réellement rompues, et que l'issue du liquide ne devait pas être rapportée à une exsudation survenue à travers les membranes décollées.

L'accouchement se termina par l'expulsion d'un enfant qui pesait 2880 gr., et qui présentait un circulaire du cordon autour du cou.

Délivrance normale.

Quant à l'arrière-faix, il présentait une disposition spéciale, à laquelle l'auteur rapporte la rupture prématurée des membranes ; voici ce qu'il en dit :

« Le placenta avait des dimensions moyennes, le chorion et la caduque étaient décollés sur presque toute l'étendue de l'amnios

et manquaient par places. Le cordon était inséré à 3 ou 4 centim. du bord du placenta. Un repli de l'amnios constituait un méso-cordon, qui se terminait en pointe à 15 cent. à peu près au-dessus du placenta sur le cordon. La base de ce méso-cordon s'étendait de l'insertion du cordon jusqu'au delà du bord du placenta. En ce point extérieur, on constatait une petite ouverture ayant moins d'un cent. de diamètre. A 3 cent. au-dessous, on apercevait une autre ouverture à bords irréguliers plus étendue, pouvant mesurer à peu près 2 cent. de diamètre.

« Le circulaire du cordon pouvait constituer une brièveté relative de cet organe, et tout mouvement de l'enfant pouvait rendre cette brièveté plus manifeste, et exercer des tractions plus ou moins marquées sur le méso-cordon. »

De là, déchirures, et, consécutivement, le décollement de l'amnios et du chorion, et l'écoulement du liquide amniotique.

Discussion : DUMONTPALLIER, PORAK, GUÉNIOT.

b) **Cas de fibrome, à accroissement rapide, durant la grossesse, et ayant compliqué le travail.** — Femme âgée de 36 ans, primipare. Durant les 6 premiers mois environ, évolution régulière de la grossesse. A cette époque, la femme ressent des douleurs dans le ventre. Sa sage-femme provoque une consultation, et la femme est vue par MM. CHARPENTIER, GUÉNIOT et DOLÉRIS. On constate en avant et à droite de l'utérus, une tumeur qui présente une *pseudo-fluctuation* et au sujet de laquelle les avis sont un peu divergents. Charpentier et Guéniot inclinent à croire qu'il s'agit d'un fibrome, Doléris d'une tumeur kystique. Plusieurs ponctions sont faites et donnent des résultats négatifs.

La femme entre à St-Louis dans le service de M. Porak.

Examen le 12 décembre. La grossesse vient d'entrer dans le neuvième mois. Le fond de l'utérus est à quelques travers de doigt de l'appendice xiphoïde. Au devant et à droite, vaste tumeur, souple, *presque fluctuante*, dont le grand axe, dirigé du point d'intersection d'une horizontale passant par l'ombilic, et d'une verticale élevée de l'épine I. D. A. S. et aboutissant à l'éminence iléo-pectinée gauche, mesure 28 cent. ; le petit axe allant de l'ombilic au milieu du bord supérieur de l'os iliaque mesure 20 cent.

Le 9 janvier, les dimensions correspondantes de ces deux axes étaient de 33 cent. et de 22 cent.

Le 15 janvier, à terme et vers 2 heures de l'après-midi, début

des douleurs. Dans la soirée, rupture spontanée des membranes, et procidence du cordon, qui résiste à toutes les tentatives de réduction.

Avant que la dilatation se soit accomplie, on constate la cessation des doubles battements fœtaux. Aussi, dès que cette dilatation le permet, procède-t-on à la terminaison de l'accouchement, pour laquelle on emploie successivement le basiotribe du professeur Tarnier et le cranioclaste.

Suites de couches: relativement très bonnes jusqu'au neuvième jour. Ce jour-là la températnre était de 37°,2, le pouls battait 88 à la minute. Ainsi les conditions générales paraissent très satisfaisantes, quand tout à coup, l'accouchée fut prise d'une dyspnée intense ; elle succomba en quelques minutes.

L'autopsie, qui ne put être complète, permit toutefois de constater *dans l'artère pulmonaire un caillot vermiforme, arrondi, terminé en pointe, fibrino-globulaire, qui s'étendait du ventricule droit du cœur jusqu'à la bifurcation de l'artère pulmonaire.*

Discussion : CHARPENTIER donne quelques renseignements rétrospectifs, SCHWARTZ rappelle que M. Bastard, dans sa thèse, (1880), a signalé les thromboses dans les corps fibreux, et DUMONTPALLIER que Duguet a également montré la possibilité de coagulations veineuses dans les cas de corps fibreux et que Velpeau, 26 ans auparavant, présenta à l'Institut un cas d'embolie pulmonaire chez une vieille femme qui avait eu des varices. GUÉNIOT tient à noter, au point de vue obététrical, que, comme d'ailleurs le fait a été constaté dans d'autres cas, *l'accouchement s'est fait normalement, la tumeur s'étant déplacée au moment du travail.*

DOLÉRIS dépose plusieurs planches concernant les sujets suivants : *Sur un procédé nouveau de colpo-périnéorraphie. — Suture en échelle dans la fistule vésico-vaginale. — Raccourcissement du ligament rond. — Fixation ventrale de l'utérus.*

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 5 *décembre* 1888.

Présentations : CULLINGWORTH.— **Fœtus, placenta et portion de la paroi kystique.**

HERMAN. **Des effets de la glycérine sur la quantité du liquide écoulé dans le vagin.** — L'opinion très répandue, bien que non universellement reconnue, que l'application locale de la glycérine détermine dans le vagin une exsudation séreuse, est-elle justifiée ou incorrecte? Pour résoudre la question, l'auteur a fait une série de recherches, dans lesquelles il s'est servi de bourdonnets de coton imbibés de glycérine, et de pessaires faits d'une association de gélatine et de glycérine. Il a, pour éviter les causes d'erreur, évalué la quantité de glycérine employée; le poids de la décharge liquide qui s'opérait ensuite par le vagin, et celui de l'écoulement qui se faisait chez la même malade alors qu'elle n'était pas soumise aux applications de glycérine. De l'analyse des chiffres obtenus, il a déduit les conclusions suivantes: 1) *Quand les liquides extravasés dans le vagin ne sont pas abondants, la glycérine les augmente;* 2) *Quand ces liquides sont déjà abondants, la glycérine ne les augmente pas.*

Discussion : CHAMPNEYS, GRIFFITH, B. HICKS, HERMAN.

LOCKWOOD. **L'auteur lit un travail sur un cas d'oblitération du canal médullaire chez un embryon humain.** — Cette maladie serait, suivant les uns, la conséquence d'un excès; suivant les autres, d'un défaut de développement. Elle est dans le cas actuel limitée à la portion dorsale, portion qui se développe aux dépens de l'ectoderme. Or, cette région, située immédiatement auprès de la paroi utérine, se trouve, alors qu'elle n'est pas encore protégée par le liquide amniotique, soumise à des influences extérieures. Aussi, les gynécologistes peuvent-ils imaginer des conditions spéciales de la paroi utérine, qui exercent sur l'ectoderme une action défavorable.

Discussion : M. DORAN, LOCKWOOD.

Herman lit une observation ayant surtout pour but de montrer les **suites d'une affection brightique gravidique.** La femme âgée de 21 ans, était accouchée le 18 avril 1887, à 7 mois de grossesse, environ. Les phénomènes brightiques s'étaient montrés à peu près deux mois auparavant. L'accouchée quitta l'hôpital 3 semaines après l'accouchement. Après son départ de l'hôpital, son état empira. Elle mourut le 26 janvier 1888, d'un œdème aigu du larynx et de la langue. Les reins étaient granuleux, se décortiquèrent facilement, et pesaient 120 grammes.

CULLINGWORTH. **Grossesse extra-utérine; laparotomie huit mois**



après la mort du fœtus ; sac formé par la trompe gauche et le ligament large gauche ; guérison. — Femme âgée de 27 ans, son dernier accouchement datant de 5 ans. En avril 1887, elle a ses dernières règles. En juillet, elle sent remuer, et continue à grossir et à sentir les mouvements du fœtus jusqu'en décembre. A cette époque, elle éprouve, une heure durant, des douleurs d'enfantement. Puis, les mouvement fœtaux ne sont plus perçus, et le ventre diminue de volume. Six mois plus tard, elle entre à l'hôpital, et y subit la laparotomie. On trouve une tumeur située en arrière de l'utérus ; un fœtus de 8 mois contenu dans un sac constitué par la trompe gauche et le ligament large correspondant. Le liquide amniotique et le cordon ombilical ont disparu. Le placenta, qui est inséré en avant, est extrait sans hémorrhagie. Le fœtus adhère étroitement à la paroi du sac. On l'enlève ainsi qu'une portion de ce dernier. L'autre portion est suturée à la plaie abdominale. Drainage et *guérison parfaite.*

Discussion : GRIFFITH, HERMAN, CHAMPNEYS, W. DUNCAN, PLAYFAIR, CULLINGWORTH. (*Brit. med. J.*, décembre 1888.)

Dr R. LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 6 *novembre* 1888.

PRÉSIDENCE DE HANKS

COE présente au nom de HUNTER les pièces d'un **fibrome utérin dégénéré en cancer, carcinome secondaire des poumons.** La malade, célibataire, âgée de 52 ans, n'accuse aucun antécédent héréditaire. Ménopause à 47 ans ; perte depuis sept mois.

A l'autopsie on ne trouve plus d'utérus, ni d'annexes, le col seul reste; la maladie n'a pas atteint les organes voisins. Le sein est squirrheux.

MURRAY et BYRNE remarquent la rareté du cancer primitif de l'utérus.

MURRAY présente un **pessaire intra-utérin** fait avec une sonde coupée ; le bord de la section était tranchant; il avait blessé l'utérus et causé une endométrite septique.

H. M. SIMS. **Calcification de l'ovaire, fibrome utérin** (pièce). — Sims

a fait l'ablation de l'ovaire gauche, mais n'a pas pu trouver le droit. L'opérée s'est rapidement guérie. L'utérus mesurait 13 centim. 9.

GRANDIN demande s'il n'aurait pas mieux valu, vu l'âge de la malade (38 ans), curer soigneusement l'utérus.

SIMS répond qu'il n'est pas un adversaire du curage; mais qu'il préfère l'opération radicale, lorsque les malades l'acceptent.

CLEVELAND. **Tige de verre pour la trachélorrhaphie.** — L'auteur emploie ce petit instrument plutôt que les tampons d'ouate ou de gaze, après la trachélorrhaphie. Il le fixe par un point de suture.

SIMS a fait souvent cette opération ; il l'appelle *exsection* du col ; il place toujours dans le col, une tige de vulcanite non perforée. Quel que soit le calibre de la tige, elle ne draine pas ; il est inutile aussi de tracer une cannelure sur le long de la tige. Les sécrétions s'échappent aisément.

CLEVELAND. — Le Dr Sims m'a mal compris. L'emploi de la tige n'a pour but que de maintenir le col ouvert.

G. E. ABBOTT. **Bandage de gaze.** — L'auteur emploie la même gaze qui sert de moustiquaire, elle est solide, permet la circulation de l'air, ce qui évite la production de la chaleur, dont les femmes se plaignent, et s'oppose à la distension gazeuse de l'abdomen.

R. A. MURRAY. **Grossesse et travail compliqués par les maladies cardiaques.** — L'auteur est surpris qu'on ait si peu écrit sur ce sujet. Il raconte l'histoire d'une femme qu'il a accouchée. Elle avait une dyspnée intense, de la cyanose, de l'œdème des extrémités inférieures, et s'évanouissait souvent. Les poumons étaient œdématiés, le ventricule gauche dilaté.

La digitale en teinture et en infusion lui fit du bien; mais le travail, qui commença le 7 février, détruisit toute l'amélioration obtenue : à chaque douleur, le cœur paraissait devoir s'arrêter.

Lorsque la dilatation fut suffisante, Murray rompit la poche, — il s'écoula beaucoup d'eau, — et appliqua le forceps. Le périnée fut un peu déchiré, et suturé aussitôt.

L'accouchée perdit pas mal de sang. Précautions antiseptiques.

Le troisième jour, la malade, sans élévation de température, eut le pouls à 145. Les poumons s'œdématièrent davantage. Murray dut faire placer des ventouses sèches, et faire des injections *de 15 gouttes de teinture de digitale, toutes les 20 minutes.* Cinq mois après, la malade mourut d'un œdème des poumons.

Murray cite aussi le cas d'une demoiselle qui avait une endocardite, et qu'il empêcha pendant quelques années de se marier. Elle se marie néanmoins à 25 ans et devint bientôt enceinte; son urine renfermait de l'albumine.

D'accord avec le Dr W. R. Gillette, Murray provoqua l'avortement au 5me mois. La malade mourut, malgré cette intervention, peu d'heures après avoir accouché.

Enfin Murray rapporte un cas d'obstruction aortique, avec hypertrophie et dilatation cardiaque compliquant la grossesse. Cette malade fut accouchée avec le forceps, et se remit.

Murray a noté les faits suivants :

1° L'œdème des parties inférieures parait bien avant que le poids de l'ûtérus puisse en être la cause. La tension artérielle (Spiegelberg) produit une suffocation fort pénible.

Les malades ont une tendance accusée à l'hémoptysie, surtout au début de la grossesse.

2° La toux est fatigante au début, elle est due sans doute à la pléthore artérielle; plus tard, à l'engorgement chronique des poumons, causé par l'insuffisance. Cette toux, à elle seule, et à part de l'œdème pulmonaire et de l'empoisonnement carbonique qui en résulte, peut causer l'accouchement prématuré.

3° Les hémorrhagies utérines et l'avortement sont assez fréquents Les cardiaques ont des règles profuses. Murray croit que leur infécondité est due au fait que l'œuf fécondé est *balayé* par l'écoulement menstruel suivant. L'apoplexie placentaire est fréquente, et le placenta se détache plus facilement que dans les avortements dépendant d'une autre cause.

L'hémorrhagie *post partum* est fréquente aussi; elle a cédé aux injections hypodermiques de digitale, et à l'administration de l'ergot dans un cas sérieux, observé par Murray.

4° Le liquide amniotique est abondant. L'albuminurie s'observe le plus souvent. L'accouchement ne termine pas la période dangereuse; le cœur s'accoutume difficilement aux changements organiques puerpéraux. L'œdème pulmonaire vient souvent mettre un terme à la vie de l'accouchée.

Murray cite les statistiques mortuaires de Porak (Charpentier, *Accouchements*) et de Duroziez.

Traitement. — Repos, liberté du ventre, fer, toniques, stry-

chnine, digitale, bitartrate de potasse, strophantus; pas d'eaux minérales alcalines.

Il faut accélérer l'accouchement. Le chloroforme affaiblit l'action cardiaque, et l'éther prédispose à l'œdème pulmonaire.

La saignée a un effet immédiat utile, mais elle fluidifie le sang (Niemeyer) et augmente la transsudation.

Après l'accouchement, il faut continuer le traitement du cœur, puis éviter la grossesse.

Mc Lean emploie les dilatateurs de Barnes pour accélérer la dilatation.

Coe a observé une grande irritabilité du cœur, après l'enlèvement des grosses tumeurs abdominales, il l'attribue au trouble amené dans la circulation par la suppression de la tumeur; c'est ce qui explique les morts observées par Jewett après l'accouchement.

Von Ramdohr croit, comme Winckel, que l'accouchement prématuré artificiel présente plus de dangers que d'avantages, sauf dans les cas urgents d'œdème pulmonaire.

Dudley croit que les complications cardiaques ne sont pas dues à la perte du sang, mais plutôt à la pression veineuse causée par la suppression de la pression abdominale, qui cesse lorsqu'on a enlevé la tumeur, — ou lorsque l'utérus s'est vidé — et qui permet à la sérosité de retourner vers le cœur, et cause l'œdème.

Morrill a vu une femme qu'il a dû accoucher avec le forceps, dans la station presque verticale, à cause d'une maladie du cœur et d'un œdème des poumons. Elle succomba peu après à une rechute de l'œdème.

Sims, Grandin, Hanks et Mc Lean citent des cas semblables.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

Séance du 4 octobre 1888.

PRÉSIDENCE DE T. M. DRYSDALE

J. Price. **Chirurgie abdominale. Enlèvement des annexes pour salpingite chronique**, d'un côté 1 fois, des deux côtés, 7 fois, double cystome ovarique, 3 fois, avec hydrosalpinx, 1 fois. *Myôme uté-*

rin 1; *fibrome utérin*, 2; *pyosalpinx double*, 2; avec abcès ovarique unilatéral, 1; avec péritonite et double cystome ovarique, 2; *pyosalpinx unilatéral*, 6; avec péritonite puerpérale, 1; avec abcès ovarique, 2; avec kyste ovarique unilatéral, 1; avec kyste ovarique suppuré, kyste du ligament large, 1. *Double hydrosalpinx*, 1; *hydrosalpinx unilatéral*, et kyste overique 1; avec kyste de l'ovaire et du ligament large, 1. *Kyste dermoïde double* avec péritonite générale, 1. Kyste dermoïde unilatéral avec péritonite purulente, 1; avec kyste de l'autre côté, 1. Kyste ovarique simple, 6; avec salpingite, 1. *Double kyste ovarique*, et double salpingite, 1; avec fibrome utérin, 1. Grossesse extra-utérine, 4; avec kyste de l'autre côté, 2; avec abcès d'un ovaire et kyste colloïde de l'autre, 1; tuberculose miliaire des annexes, 1. Papillome et kyste ovarique crevé, 1. *Hystérectomie*, pour fibrome utérin, 1; pour sarcome utérin et intestinal, 3. Exploration et drainage, 2. Résection de l'intestin pour un carcinome intestinal étendu aux parois de l'abdomen, 1. Obstruction intestinale, 3. Sarcome splénique, 1. Abcès pelvien, 1. Péritonite puerpérale, résection de l'épiploon, 1. Ulcère typhique perforant, 1. Hernie centrale, 1. Total, 65.

J. M. Baldy est partisan de l'opération hâtive dans les cas de maladie de la trompe.

M. Price croit que les inflammations pelviennes commencent dans les trompes.

Th. Parvin. **Grossesse extra-utérine.**— Opération faite par L. Tait, en août. Le kyste avait crevé 2 jours avant l'opération, alors que la grossesse n'avait que 6 ou 7 semaines. L'opérée n'a jamais eu plus de 37°,78 de température.

Parvin. **Forceps à traction dans l'axe de Stephenson, d'Aberdeen, crochet flexible mousse**, de Delore; **curette de Pajot**; **écouvillon**, de Doléris; **sonde pour lavages** utérins de Mathieu.

B. F. Baer. **Cystome ovarique multiloculaire**, pesant 90 livres. L'opérée s'est rétablie.

M. Price: **Pyosalpinx, rupture.**— La malade, qui niait d'autre grossesse, avait néanmoins une rétention du placenta, cet organe était putride. Des irrigations antiseptiques lui firent du bien. Price, reconnaissant l'état des trompes, insista pour opérer; la malade refusa d'abord; elle succomba, 12 heures après l'opération.

Parish raconte un cas où Longaker a trouvé les trompes à peu

près saines; mais il y avait du pus au-dessous du détroit supérieur. Une incision faite au niveau du ligament de Poupart lui donna issue.

BALDY est partisan sans restriction de la laparotomie dans les abcès pelviens.

J. PRICE n'a jamais vu un abcès pelvien qui ne trouvât sa cause dans une maladie tubaire.

B. C. HIRST. **Monstre exencéphalique, monstre anencéphalique; fœtus papyracé.** — Ce fœtus a été écrasé par son jumeau.

HIRST. **Modification du cranioclaste de Braun.** — C'est un cranioclaste pourvu d'une courbure pelvienne, et auquel on peut ajouter des branches de traction.

J. PRICE parle d'un instrument qu'il a fait construire; c'est une sorte de cranioclaste dont une des branches sert de perforateur.

PARVIN, J. HOFFMAN et BERNARDY prennent part à la discussion.

W. J. TAYLOR. **Trois myômes utérins** enlevés le même jour, chez la même femme qui était enceinte.

KEEN dit que le cas était embarrassant, et que l'opération a été malaisée.

PARVIN, HIRST, PARISH, J. PRICE, HOFFMAN et BAER ajoutent quelques observations sur ces cas.

Séance du 1er novembre 1888.

PRÉSIDENCE DE DRYSDALE

L. J. HAMMOND. **Pyosalpinx.** — Laparotomie; la température, après l'opération, n'a jamais dépassé 37°,50.

BALDY fait remarquer que la formation du pus a été primitive, dans ce cas, quoiqu'on ait dit qu'elle est toujours secondaire.

BAER, qui se croit coupable de cette affirmation, a voulu dire, l'année dernière, que la formation du pus dans les trompes est rarement primitive.

GEORGES BOYD. **Kyste ovarique multiloculaire.** — La malade, malgré sa tumeur, accoucha aisément d'un enfant de 8 livres. Elle fut opérée au bout de deux mois, pendant l'allaitement, la température ne dépassa jamais 37°,12.

GOODELL. **Kystes intraligamentaires.** — Malade syphilitique.



Ovaire contenant deux abcès. — La malade, âgée de 22 ans, ne semble pas avoir eu de péritonite ; cependant le bassin était traversé par des bandes d'adhérences fortement tendues.

B. F. BAER. **Kyste enlevé par énucléation.** — Ce kyste a été ponctionné 7 fois en 3 ans. Il était adhérent de tous les côtés.

B. C. HIRST. **Kyste intra-ligamentaire.** — L'opérée succomba au bout de 5 jours. La tumeur est papillomateuse.

HARRIS parle de la mort du Dr Émeline Cleveland, causée par un ulcère syphilitique, contracté dans une ovariotomie.

J. PRICE attribue au pus *vivant* des propriétés particulièrement virulentes.

HIRST. **Six cas de manie puerpérale.** — L'auteur a vu 6 cas en 13 mois, ce qui est surprenant, car la statistique de F. Barkler ne donne que 1 cas sur 400 accouchements.

4 des mères étaient filles ; 4 étaient violentes, 4 absolument indifférentes ; 3 ont retrouvé leur raison ; 2 semblent définitivement folles ; 1 est morte de septicémie.

La cause de la folie, dans un des cas, semble avoir été la crainte de la suture périnéale.

JOSEPH PRICE. **Spécimens d'ovaires et de trompes.** — L'une des pièces est placée dans l'eau, ce qui permet de bien voir les adhérences.

La seconde est constituée par un hématosalpinx.

La troisième est un péritoine couvert de nodosités.

GOODELL croit que ce sont des papillomes.

DRYSDALE qui a vu la pièce fraîche, le croit aussi.

BAER rapporte un cas qu'on aurait pu prendre pour une salpingite purulente. La malade avait pris des précautions pour ne pas devenir enceinte. Puis, elle désira d'être mère. Elle subit un traitement complexe, y compris l'électrisation, et elle eut 2 enfants. Baer est heureux de ne pas l'avoir privée de ses trompes et de ses ovaires.

H. A. KELLY a vu souvent de légères adhésions utérines et ovariques, céder à un traitement non opératoire.

JOSEPH PRICE est heureux d'entendre quelques voix s'élever contre l'ablation des ovaires sains.

Mais les cas de maladie chronique du pavillon, qu'il a montrés, ne pouvaient être traités que par une opération.

MONTGOMERY. **Hystérectomie vaginale.** — La malade, âgée de

40 ans, a avorté plusieurs fois. Dans les 6 dernières années, elle a eu de fréquentes hémorrhagies. Le microscope a fait reconnaître un épithélioma.

La température ne dépassa pas 37°,78.

MONTGOMERY. **Hystérectomie sus-vaginale.** — Le Dr Srittmatter avait reconnu un fibrome qui causait des hémorrhagies.

Le deuxième jour après l'opération la température atteignit 40°. L'application de la gaze phéniquée la fit descendre à 37°,22.

MONTGOMERY. **Grossesse tubaire.** (Pour le Dr Nock.) — Lorsque Nock la vit, la température était 34°,44, la malade était exsangue. Dans cet état Nock n'osa pas faire la laparotomie, et la malade mourut. L'abdomen était rempli de caillots. La présence d'un petit fœtus de 7 à 8 semaines dans son sac entier, confirma le diagnostic : grossesse tubaire ; la trompe était crevée, à égale distance de l'ovaire et de l'utérus, et contenait encore le placenta.

MONTGOMERY. **Clamp pour le ligament large dans l'hystérectomie vaginale.** — Les branches restent toujours parallèles.

GOODELL regrette de ne pas avoir avec lui le clamp de Doléris, semblable à celui de M..., mais pourvu d'une articulation semblable à celle du forceps.

H. A. KELLY. **Sondes en verre.** — K. les préfère à celles de métal.

KELLY. **Écusson féminin.** — Kelly appelle ainsi la distribution des poils sur la vulve, et le pénil, à laquelle il attache beaucoup d'importance, au point de vue de la détermination du sexe.

DRYSDALE ne partage pas l'opinion de Kelly.

GOODELL rappelle que Caspar, dans son traité de médecine légale, a traité cette question. Goodell ne comprend pas l'utilité des poils du mont de Vénus.

Les mahométans épilent le pubis.

SCHOEMAKER a vu les poils des parties génitales s'étendre jusqu'à l'ombilic, chez la femme comme chez l'homme.

STEWART dit que les Indiens s'épilent le pubis et ne le rasent pas. Les poils pubiens protègent la vulve comme le font les sourcils et les cils pour les yeux (1).

---

(1) Les ouvertures naturelles sont entourées de poils plus ou moins longs et plus ou moins fournis. Le pourtour des dépressions en « cul-de-poule » laissées par des abcès à longue suppuration est aussi souvent entouré de poils. Il semble que tout orifice persistant doit avoir son bouquet de poils. (A. C.)

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

Séance du 28 septembre 1888.

PRÉSIDENCE DE H. T. BYFORD

W. W. JAGGARD parle de sondes pour le lavage de l'utérus, il donne la préférence à celle de Bozeman (connue en Suisse sous le nom de Fritsch, elle a la double courbure de la sonde d'Ad. Olivier et est composée de deux tubes concentriques).

H. T. BYFORD. — **Drains à demeure dans les abcès pelviens ouverts dans le rectum.** — Ces tubes sont en métal; leur courbe intérieure est un demi-cercle, et leur courbe extérieure est un arc de 90°.

Pince pour le pédicule dans l'hystérectomie vaginale, dont les deux extrémités sont courbées en sens inverse.

Modificatioz au porte-aiguille de Sims. Papillome du ligament large infiltré de tubercules. — L'opérée est guérie.

Sarcome alvéolaire de l'utérus, 2 cas. — L'auteur a vu 4 cas de ce genre. Une de ces opérées est guérie, l'autre a succombé.

Sarcome de l'ovaire, sans adhérences.

JAGGARD regrette, vu la rareté du sarcome ovarique, que le président n'ait pas apporté la pièce, pour qu'on puisse l'examiner au microscope.

J. FRANK. **Calcul vésical, ayant pour noyau un fil de *silk-worm* placé dans la cloison vésico-vaginale.** — La fistule qui a exigé la suture a été causée par un accouchement lent; Frank a extrait le calcul par le vagin, incisant dans la cicatrice et refait la suture quelque temps plus tard.

A. P. NEWMAN. — **Opération d'Alexander.**

Historique complet de la question. Sept morts sur sept opérations. Dans le cas V. Newman a fait la suture du col et du périnée. Il cite Doléris (*Trans. of Am. Gyn. Soc.*, XII, p. 499).

JAGGARD, sans rejeter absolument cette opération, veut qu'on ne la fasse que dans les cas où tous les autres moyens ont réellement échoué.

J. FRANK, lui aussi, a confiance dans les pessaires.

H. T. BYFORD, qui a fait 21 fois cette opération, croit encore à son efficacité. Il opère pourtant moins souvent. Il a eu un cas où. à la suite de l'opération, la malade a eu une hernie inguinale. Les symptômes ne disparaissent pas toujours immédiatement.

NEWMANN croit que 300 cas seulement ont été rapportés, en Écosse et en Amérique.

JAGGARD (de Battle-Creek).—Kellogg lui seul, a fait cette opération 64 fois.

Séance du 19 *octobre* 1888

H. T. BYFORD, président. **Un cas de laparotomie et de colpotomie.** — 27 cas de laparotomie, mortalité 17 0/0 et 21 de colpotomie sans une mort, 2 morts par hémorrhagie, 3 par épuisement, 1 par obstruction intestinale, 1 par faiblesse cardiaque.

Pour préparer la malade, Byford lui donne 36 centigr. de masse de pilule bleue, puis un lavement salin glycériné; après l'opération il préfère les purgatifs salins. Il ne donne pas de morphine, mais combat la douleur par les aromatiques (sans doute les carminatifs) le tube rectal, et les lavements d'eau et de glycérine.

Il semble que Byford n'attribue la douleur qu'au tympanisme.

CHARLES T. PARKES est élu président.

A. CORDES.

REVUE DES JOURNAUX

De la castration pratiquée par suite de l'existence d'ovaires fonctionnant alors qu'il y avait un développement incomplet des canaux de Müller. (Zur Castration wegen functionirender ovarien bei rudimentärer Entwickelung der Müller'schen Gänge). — M. STRAUCH. Les canaux de Müller peuvent s'arrêter à n'importe quel stade de leur développement. Aussi les malformations qui résultent de ces anomalies d'évolution sont-elles fort nombreuses. Mais, de toutes, la plus rare consiste dans l'absence complète de la matrice et des trompes, le vagin étant normal ou à peu près normal. Les phénomènes douloureux qui s'associent à ces conditions particulières font leur apparition au moment de la puberté ou plus tardivement.

Reconnaissant comme facteurs étiologiques l'ovulation ou une accumulation de sang dans les conduits de Müller, ils peuvent entraîner des interventions chirurgicales graves.

L'auteur a eu l'occasion de pratiquer la laparotomie pour 2 cas

graves de ce genre, voici la relation *in extenso* qu'il donne de la première :

Obs. I. — Proskowja Miroschenko, au cours de ma tournée dans le Caucase, me fut montrée par le Dr Vogel. Elle est âgée de 24 ans et issue de parents sains ; deux de ses sœurs sont mariées et ont accouché plusieurs fois. Jusqu'à 17 ans, elle a toujours été bien portante. Pour la 1re fois, à cette époque, elle ressentit de vives douleurs dans la région hypogastrique, douleurs qui reparaissaient chaque mois et duraient 3-4 jours. Sous l'influence du molimen menstruel, elle tombait dans un état de délire. Allant de médecin en médecin, elle n'avait retiré de soulagement, encore était-il transitoire, que de l'emploi des narcotiques.

Depuis 2 ans, il s'est établi une menstruation vicarienne qui, à la vérité, ne se manifeste pas tous les mois, et qui se traduit par des hémorrhagies s'effectuant par la bouche, le nez, l'intestin. Depuis plusieurs années, M... est adonnée aux actes sexuels qui lui procurent des sensations voluptueuses très vives.

État actuel. — Femme blonde, maigre, de stature moyenne, aspect féminin, voix féminine. Mamelles bien développées, pendantes. Mamelon érectile, aréole mammaire à coloration sombre. Bassin normal, féminin. Saillie du ventre, dans la station verticale, peu accusée. Hernie inguinale gauche, de la grosseur environ d'une noix, très facilement réductible. Pigmentation de la ligne blanche à peine appréciable. Mont de Vénus pauvre en pannicule adipeux, mais couvert de poils nombreux, qui s'arrêtent suivant une ligne horizontale, caractère qui distingue toujours la disposition des poils de cette région chez la femme de celle qui existe chez l'homme.

Grandes lèvres pauvres en graisse ; petites, normales ; clitoris pourvu d'un prépuce normal et bien développé. Méat urinaire, occupant sa situation normale, très large et facilement dilatable, au point qu'on introduit, avec facilité, le petit doigt jusque dans la vessie. Longueur du périnée 2 cent. La région qui, dans l'état normal, correspond à l'entrée du vagin, est complètement obturée par une muqueuse, à surface inégale et rouge. Elle donne l'impression d'un hymen imperforé. Elle paraît humide, et se laisse déprimer jusqu'à 6 cent. sans que cela cause la moindre douleur à la femme. Le doigt explorateur ne rencontre rien qui rappelle l'utérus. A travers la paroi abdominale relativement mince, et

par le palper abdominal combiné avec le toucher rectal, on se rend nettement compte des particularités anatomiques du cas. A 8 cent. environ de l'anus, et cheminant à travers le petit bassin suivant une direction transversale, on perçoit un cordon cylindrique, ayant l'épaisseur d'un crayon. Il est plus rapproché de la symphyse que du promontoire ; il est très mobile et, sur les côtés, on peut le suivre jusqu'à la ligne innominée. Sur son trajet, on ne distingue aucune tuméfaction. Ayant eu l'occasion d'examiner cette femme avant, pendant et après le molimen menstruel, j'ai constaté que ce cordon ne subit pas de modifications, que son épaisseur reste invariable, ce qui permet de conclure qu'il ne devient pas le siège d'accumulations de sang. A chacune de ses extrémités, on perçoit un corps de la grosseur d'une noix qui, par sa forme et son volume, paraît nettement être l'ovaire. La palpation de cet organe est très douloureuse, et la femme déclare, avec la plus grande assurance, que c'est de là que partent les douleurs qu'elle ressent chaque mois. Une sonde épaisse étant introduite dans la vessie, on la perçoit par le toucher rectal, et l'on se rend parfaitement compte qu'intestin et vessie sont en contact immédiat, qu'il n'y a interposition entre les deux organes ni d'un vagin ni d'un utérus.

L'examen pratiqué de nouveau dans la narcose chloroformique n'apprit rien de plus ; *diagnostic* : ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DU CONDUIT DE MULLER, absence de cette portion du conduit de Müller qui préside à la formation du vagin et de la portion inférieure du corps de l'utérus, existence, pour ainsi parler, de cornes utérines solides, pleines, avec des ovaires fonctionnant.

Laparotomie, le 24 août 1887. L'ovaire gauche, attiré le premier en avant de la plaie abdominale, ce qui nécessita quelque effort, fut lié et extirpé. Puis, en suivant le cordon transversal, on tomba sur l'ovaire droit, qui suivit plus facilement et fut également excisé après ligature.

Sur le trajet du cordon transversal, il n'existait aucun épaississement ; il n'en émanait non plus aucun prolongement.

Guérison régulière. L'opérée peut quitter l'hôpital 12 jours après l'opération. Et, depuis cette époque, cessation absolue des douleurs qui, antérieurement, accompagnaient le molimen menstruel.

Examen histologique. — 1° *Ovaire droit.* Longueur 4,5 centim., épaisseur 2,5 centim. Surface ovarique inégale, surtout la posté-

rieure. Sur une coupe transversale, l'ovaire paraît semé d'un grand nombre de petits kystes séreux, de la grosseur d'un grain de blé à celui d'un pois ; quelques-uns de ces kystes font saillie à la surface de l'ovaire. Au milieu environ du bord supérieur de l'ovaire, existe un corps jaune, volumineux (0,8 centim.) ; sur le bord externe un deuxième corps jaune, plus petit. La paroi interne des kystes est constituée par plusieurs couches d'un épithélium cubique, Ils contenaient un liquide albumineux coagulé. Dans la substance parenchymateuse, quelques rares follicules ovulaires, bien développés.

2° *Ovaire gauche*. Altérations de même ordre, mais beaucoup moins accusées.

En résumé, phénomènes cliniques et constatations anatomo-histologiques, démontrent qu'il s'agissait bien d'ovaires fonctionnant, en l'absence complète de vagin, d'utérus, des trompes.

Obs. II. — Femme âgée de 27 ans. Jusqu'à 23 ans, elle n'a jamais eu ni règles normales ni règles supplémentaires. Mariée à cette époque, elle a depuis commencé à être malade, surtout à intervalles mensuels ; afflux de sang à la tête, éblouissements, teintements d'oreille, *gastralgie violente,* douleurs abdominales, ténesme vésical, tuméfaction douloureuse des seins et des glandes axillaires ; malaises allant en augmentant de jour en jour.

Examen actuel. — Rien de spécial à noter, indépendamment des conditions particulières constatées du côté des organes génitaux.

L'orifice vaginal est obturé par une cloison, ayant l'aspect d'une membrane muqueuse. Elle se laisse retourner jusqu'à 5 cent. sans que cela provoque de la douleur. Par ce mode d'exploration, on ne trouve aucun vestige d'utérus.

Par le toucher rectal et le palper abdominal combinés, on trouve sur la ligne médiane un corps du volume d'une amande, à grand diamètre vertical. De l'extrémité supérieure de ce corps émanent deux cordons mous, qui se prolongent à gauche et à droite jusqu'au voisinage de la ligne innominée. A gauche, on perçoit nettement l'ovaire, qui présente une surface irrégulière. A droite, l'ovaire ne se perçoit pas d'une manière nette.

Laparotomie. — Extirpation des ovaires. Guérison sans troubles réactionnels. Réunion de la plaie abdominale par première intention.

Mais, dans ce cas, les résultats définitifs ne furent pas aussi heureux que chez la 1re femme. Loin de là ! Car, si le molimen menstruel qui s'accompagnait d'une exacerbation des phénomènes morbides cessa, en revanche, la sensibilité au niveau de la région épigastrique persista très vive ; l'anorexie, les désordres intestinaux, s'accusèrent de plus en plus. Et, en dépit de tous les moyens thérapeutiques, *4 mois après avoir été opérée, cette femme était devenue incapable de tout travail.*

A l'examen histologique, on constata sur les ovaires : la présence d'un corps jaune, des kystes séreux, un développement insolite des vaisseaux de la substance médullaire, et des nodules fibreux.

(*Zeitsch. f. Geb. und Gynäk*). Bd XV, Hft. 1888.

Contribution à l'étude de l'albuminurie et de l'éclampsie. (Beitrag zur Lehre von der Eklampsie und Albuminurie.) E. Lantos. — C'est sur les matériaux cliniques recueillis à la clinique obstétricale et gynécologique de Budapesth, dirigée par le professeur Kezmarszky, que l'auteur a basé son étude. On trouve dans ce travail une exposition rétrospective, très minutieuse, de toutes les hypothèses, théories, conceptions étagées ou non sur des faits expérimentaux, auxquelles a donné lieu l'étude, encore si entourée d'obscurité, de la pathogénie de l'albuminurie et de l'éclampsie puerpérales. Toutefois, la tendance accusée de l'auteur, est de mettre bien en lumière le rôle étiologique important que l'élément nerveux peut, par voie réflexe, et en raison des connexions intimes qui existent entre le plexus utérin, rénal, et la moelle allongée, jouer dans la production d'un certain nombre de ces albuminuries et de ces éclampsies.

Analysant l'urine de femmes enceintes et récemment accouchées, Lantos est arrivé aux résultats suivants :

Sur 70 femmes *enceintes*, appartenant à la clientèle hospitalière, 18,57 fois p. 0/0 il y avait de l'albumine dans l'urine.

Sur 600 femmes *récemment accouchées*, il y en avait 59,33 fois p. 0/0.

Sur 268 *primipares*, on en trouva 189 fois, soit 70,52 0/0.

Sur 332 *multipares*, — — 167 fois, — 50,3 0/0

Dans les *accouchements prématurés* la proportion de l'albumine décroît d'une manière marquée ; dans les *fausses couches*,

cette proportion centésimale de l'albumine se réduit à la moitié de ce qu'elle est après les accouchements à terme.

Dans 10 cas d'albuminurie intense, l'examen microscopique fit voir que : 3 fois il y avait du pus dans l'urine, 5 fois des cylindres, et 4 fois qu'elle ne renfermait aucun élément solide.

Chez 39 accouchées qui n'avaient succombé ni à la néphrite ni à l'éclampsie, l'examen nécropsique révéla au sujet de l'état des reins les conditions suivantes : 15 fois les reins étaient anémiques, 21 fois pâles, et 3 fois seulement hyperhémiés. Comme altérations pathologiques, on trouva : néphrite parenchymateuse aiguë 2 fois, néphrite aiguë hémorrhagique 1 fois, dégénérescence parenchymateuse 9 fois, dégénérescence albumineuse 4 fois.

Se basant sur les résultats de ses propres recherches, aussi bien que sur les observations faites par d'autres investigateurs, Lantos formule la conclusion suivante : *l'albuminurie qui survient au cours de la grossesse ou pendant le travail — indépendante de toute modification morbide des reins — n'est pas un phénomène rare, il est même très fréquent pendant le travail. Il se produit sous l'influence de l'excitation réflexe provoquée par les nerfs des parois utérines et se répercutant sur les vaisseaux des reins. Il n'a aucune importance pronostique, mais il mérite d'être rangé parmi les signes de probabilité de la grossesse.*

Du mois d'octobre 1882 jusqu'en juin 1887, sur un ensemble de 14,815 accouchements, on observa 53 cas d'éclampsie ; soit comme proportion centésimale 0,36 0/0, ce qui revient à 1 éclampsie sur 278 accouchements.

Sur 42 éclamptiques, 33, soit 78,57 0/0, étaient *primipares.*

Sur 42 éclamptiques, 9, soit 21,43 0/0 étaient *multipares.*

Sur 53 éclamptiques, 15 moururent, soit comme *chiffre de la mortalité*, 28,3 0/0.

Lantos fait remarquer, qu'après l'accouchement artificiel, ce chiffre est élevé, aussi ne faut-il, suivant lui, y recourir que si l'indication en est formelle, d'autant plus que, dans bon nombre de cas, les accès ne cessent pas toujours l'accouchement une fois terminé.

La durée des suites de couches pour les femmes qui avaient eu de l'éclampsie fut, en moyenne, de 15, 61 jours, tandis que pour les accouchées ordinaires elle ne se prolongea pas au delà de 9-10 jours. D'où il semble se dégager le fait que l'*éclampsie exerce une influence immédiate sur la durée des suites de couches.*

L'urine fut analysée dans 23 cas : 21 fois elle contenait de l'albumine, 4 fois des éléments figurés.

A l'examen nécropsique de 8 femmes mortes d'éclampsie, on trouva constamment des lésions du cerveau ; et une fois seulement les reins présentaient des altérations de nature aiguë, plusieurs fois de nature chronique.

Relativement à la nature de l'éclampsie, l'auteur se rallie à l'opinion d'Osthoff. Il cherche la cause du rein gravidique aussi bien que de l'éclampsie de la grossesse, du travail et des suites de couches, dans la stimulation exceptionnellement forte du splanchnique, laquelle ayant sa source dans les mouvements de l'utérus agit sur les vaso-constricteurs du rein, ou, suivant une voie détournée, se répercute sur la moelle allongée.

En conséquence, Lantos propose de donner au complexus morbide le nom d'*épilepsie aiguë périphérique*. Suivant sa manière de voir, l'albuminurie aurait même origine que l'éclampsie, savoir : l'excitation partie des nerfs de l'utérus ; mais la voie nerveuse différerait dans les deux cas. (*Cent. f. Gynäk*, 1888, n° 49, u. *Arch. f. Gyn.*, 1888, Bd. XXXII, Hft 3.)

Du diagnostic et du décollement des adhérences péritonéales de l'utérus rétrofléchi, etc. (Ueber diagnose und Lösung peritonealer Adhäsionen des retroflecktirten uterus, etc.) S. SCHULTZE (1).

Du décollement manuel des adhérences péritonéales d'après la méthode de Schultze. (Zur Manuellen Lösung peritonitischer Adhäsionen nach B. S. Schultze.) REICH.

Du décollement manuel de l'utérus rétrofléchi et fixé par des adhérences péritonéales. (Zur manuellen Lösung des durch peritonische Adhäsionen fixirten retroflektirten Uterus nach B. Schultze.) ZEISS.

Du décollement, en deux temps, des adhérences péritonéales de l'utérus rétrofléchi. (Die Lösung peritonealer Adhäsionen des retroflektirten uterus in zwei Zeiten.) GOTTSHALK.

---

(1) Sammlung Klin. Vort., 1879, n° 176.

On sait que dès 1879 Schultze a indiqué un procédé destiné à permettre d'opérer, dans des cas considérés jusqu'alors comme incurables, abstraction faite des interventions sanglantes, le décollement de brides et d'adhérences péritonéales fixant l'utérus en rétro-déviation. Depuis cette époque, il a de nouveau attiré l'attention des gynécologues sur les avantages d'un procédé qui, d'après une expérience encore plus complète, n'entraîne pas de danger et fournit de très heureux résultats, « *quand on agit avec méthode et quand on sait discerner les cas qui peuvent être traités* (1) ».

Or, dans une thèse subie à Iéna, « *traitement chirurgical de la rétroflexion de l'utérus* », Reich, son auteur, avait écrit au sujet du procédé de Schultze : *les gynécologues dont il s'agit avaient, à la vérité, avant de se résoudre à l'opération, tenté longtemps les anciennes et bonnes méthodes de décollement des adhérences, mais aucun, hormis Klotz* (11 tentatives suivies d'échec), *ne s'était risqué à essayer le décollement suivant la méthode de Schultze* (décollement manuel dans la narcose profonde, éventuellement après dilatation du col par la laminaire et introduction d'un doigt dans la cavité utérine).

De son côté, Zeiss dit au sujet de cette appréciation, qu'elle lui semble quelque peu risquée parce qu'elle ne repose en somme que sur cette circonstance que personne n'a jugé qu'il fût nécessaire de publier les faits dans lesquels on avait eu recours au procédé de Schultze. Pour lui, il a eu l'occasion de l'appliquer dans deux cas et il en a retiré de très bons résultats ; les deux fois, il avait au préalable pratiqué la dilatation. L'une des femmes fut opérée le 6 juin 1884. Depuis ce moment, son utérus, maintenu par un pessaire après réduction, conserva pendant plusieurs années une position normale. Durant les huit jours qui suivirent l'intervention, la femme avait ressenti des douleurs assez vives et avait présenté une fièvre modérée. L'autre femme fut opérée le 2 novembre 1887 ; suites opératoires absolument apyrétiques, et depuis, c'est-à-dire pendant un an déjà, l'utérus est resté en bonne situation. Zeiss conclut de ces deux cas, qu'à son avis, le procédé de Schultze, à condition que l'on entoure la dilatation du col de l'utérus de précautions antiseptiques rigoureuses, peut dans les mains du praticien donner d'heureux résultats et rendre ainsi beaucoup de lapa-

(1) *Ann. de gyn. et d'obst.*, mars 1888, p. 223.

rotomies inutiles. Des deux femmes dont il a retracé la courte histoire, l'une souffrait depuis 2 ans, l'autre depuis 4 ans 1/2 ; l'utérus était solidement fixé en arrière par des brides et des adhérences, *et toutes les tentatives ordinaires de décollement, y compris les tentatives de décollement durant la narcose chloroformique, avaient déjà totalement échoué.*

Voici maintenant ce que pense Gottschalk du procédé de Schultze, ce qu'il en a obtenu, et comment il propose de le modifier pour certains cas particuliers.

« J'ai eu 3 fois l'occasion de me servir du procédé de Schultze, *et avec succès;* dans un cas, il s'agissait du redressement d'un utérus gravide. Toutefois, quand il s'agit de brides, d'adhérences trop solides, Schultze lui-même reconnaît qu'il est utile de pratiquer la laparotomie pour opérer ensuite le décollement de ces adhérences. Or, je suis persuadé que même pour la plupart de ces cas la méthode de Schultze peut suffire, si on y a recours *en deux temps*, c'est-à-dire, si, par exemple, trois jours après des tentatives restées infructueuses, on en fait de nouvelles. Voici un exemple démonstratif:

Obs. — M. Sch..., âgée de 32 ans, réglée à 17 ans, et depuis menstruation normale durant 4-5 jours. 2 enfants à terme et un avortement 8 années auparavant ; depuis, douleurs sacrées et dans la région hypogastrique droite, contre lesquelles les divers traitements subis n'avaient apporté aucun soulagement définitif. Ménorrhagies, sensation de compression très pénible sur le rectum et sur la vessie, augmentation continue des souffrances, et incapacité de travail.

Examen le 26 *novembre : Utérus fixé en rétroflexion.* —Le col de l'utérus dirigé en avant, est long de 5 centim., à parois molles, et fait avec le corps de l'utérus un angle très aigu. Le corps de l'utérus, très augmenté de volume, est fixé en arrière et vers la droite. On reconnaît sur le côté droit, très épaissi de l'organe, la présence d'un myôme, du volume d'une petite pomme. Cavité utérine 14 cent. De la face antérieure de l'utérus, et se dirigeant vers le sacrum, émanent des cordons cicatriciels ; il existe en outre entre cette même face antérieure et l'intestin de larges adhérences superficielles. L'ovaire droit, non hypertrophié, est fixé en arrière dans le voisinage du fond de la matrice; le gauche, gros comme une pomme, est fixé à gauche, en arrière auprès du sacrum.

Le 5 décembre, tentatives de décollement suivant le procédé de Schultze. On ne réussit à décoller qu'un seul cordon qui se dirigeait du côté droit de l'utérus vers le sacrum. Les autres brides et adhérences résistèrent invinciblement à toutes les tentatives faites pour les détacher.

Mais, le Dr L. Heidenhain qui l'assistait, lui ayant rappelé que dans la méthode de décollement brusque des adhérences articulaires, les chirurgiens procédaient en deux temps, Gottshalk fit 3 jours après une nouvelle tentative de décollement. Et, « *ce ne fut pas sans éprouver une vive surprise, qu'il réussit, sans manœuvres intra-utérines, à détacher en peu de temps toutes les brides et adhérences, et à rendre aux deux ovaires leur mobilité* ».

La réduction obtenue fut assurée par l'application d'un pessaire.

Consécutivement, la malade ressentit de vives douleurs abdominales, et sa température dans la soirée de l'opération, s'éleva à 38°,7 ; mais, dès le lendemain, sous l'action combinée de l'opium et de la glace, ces accidents s'étaient déjà amendés.

Un examen pratiqué 13 jours après, montra que l'utérus était en bonne situation, et qu'il avait diminué de volume, sa cavité s'était réduite à 9 1/2 centim. de 14 centim. qu'elle mesurait avant l'intervention. L'auteur pense que, consécutivement à la première intervention, il était survenu une exsudation légère qui avait eu pour heureux résultat de diminuer la solidité des adhérences, et par suite de préparer le succès des nouvelles tentatives de décollement et de redressement de l'utérus. (*Cent. f. Gynäk.*, 1887, n° 46 ; 1888, n° 50 ; 1889, n° 3.)

BIBLIOGRAPHIE

Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical (1).

Nous retrouvons dans la thèse inaugurale de notre ami H. Varnier les qualités principales (précision scientifique, clarté et élé-

(1) H. Varnier. Th. in 1888. G. Steinheil, éd., Paris.

gance du style, etc.) qui distinguent ses travaux antérieurs faits à la maternité de Lariboisière.

Nombre d'accoucheurs ont cherché à expliquer pourquoi chez les primipares et chez certaines multipares, la période d'expulsion est si longue alors que cependant « l'enfant est bien tourné, que les eaux sont écoulées, que la tête avance assez considérablement en dehors de l'orifice, et que les douleurs ont assez de force » (Deventer). Pour les uns (Mauriceau, Rœderer, Smellie) c'est le coccyx qui crée assez souvent un obstacle sérieux et qui a besoin d'être rétropulsé par la tête pour que celle-ci puisse passer ; pour les autres (Burton, Levret, etc.) le coccyx n'est la cause du *retardement* de la sortie de la tête de l'enfant à terme et vivant que dans les cas où il est ankylosé. Aussi quelques accoucheurs ont-ils placé l'obstacle à la terminaison rapide de l'accouchement dans la résistance du périnée, de l'orifice vulvaire et même de l'orifice hyménéal.

Ces derniers auteurs ne tiennent donc pas compte du *détroit inférieur* : ils ont raison si le détroit inférieur est tel que l'ont décrit jusqu'ici la grande majorité des accoucheurs. Le contour en serait formé par la partie inférieure de la symphyse pubienne, la branche descendante de l'ischion et sa tubérosité, le bord inférieur du grand ligament sacro-sciatique, le bord et la pointe du coccyx ; les diamètres de ce détroit (antéro-postérieur, transverses, obliques) mesureraient tous à peu près *onze* centim. à l'état statique. Mais, ajoute-t-on, par la rétropulsion possible du coccyx, le diamètre coccy-pubien est de tous ceux du détroit inférieur celui dont la longueur est la plus grande. La position de l'occiput en avant accommode donc le plus grand diamètre de la tête au plus grand diamètre du passage osseux qu'il doit franchir. Et dans certains ouvrages (Playfair, Barnes, Hubert), on peut voir le diamètre coccy-pubien évalué, après rétropulsion maxima, à 13 c. 3. La rétropulsion, pour ces auteurs, porte donc bien sur un diamètre qui a déjà 11 centim. à l'état statique.

Or, quel est le plus grand diamètre de la tête fœtale qui doit s'accommoder au plus grand diamètre du passage osseux qu'il a à franchir ? C'est le diamètre qui va de la nuque à la saillie du front ; MM. Budin et Ribemont ont trouvé que ce diamètre sous-occipito-frontal mesurait environ 11 centim. et la circonférence sous-occipito-frontale qui lui correspond, de 32 centim. 1/2 à 33 centim.

Ces chiffres sont à peu près semblables à ceux qu'avait indiqués M. Duncan. Varnier a repris ses mensurations et a constaté que l'étendue moyenne du diamètre S.O.F. est inférieure à 11 centim. pour les fœtus de moins de 4000 gr. et supérieure seulement de 2 millim. pour les fœtus de 4 à 5000 gr. Il résulte de ces chiffres que si le diamètre coccy-sous-pubien mesurait, comme on le dit, 11 centim. : 1° le coccyx (ankylosé ou non) ne saurait, lors de l'accouchement, opposer le moindre obstacle dans l'immense majorité des cas ; 2° la rotation de la tête serait absolument inutile pour son passage au détroit inférieur ; elle ne serait nécessaire que pour l'orifice vulvaire. Or, tout le monde admet aujourd'hui que le coccyx est repoussé de 1 centim. 1/2 à 3 centim. lors du passage de la tête ; de plus Varnier s'est assuré que chez toutes les femmes en travail qui lui ont servi pour ses recherches, la rotation s'est faite complètement *avant que le front ait dépassé le coccyx.*

Il est par suite impossible que le détroit inférieur soit tel qu'on l'a dit et en particulier que le diamètre coccy-sous-pubien mesure 11 centim. Poursuivant en effet les recherches de Devilliers, de Pinard et de Boissard, les rend même plus précises puisqu'il les fait porter non plus sur des bassins à l'état sec, mais sur des bassins de femmes vivantes, Varnier trouve que l'étendue moyenne du diamètre coccy-sous-pubien n'est que de 8 centim. 5. Il est donc nécessaire que le coccyx soit rétropulsé communément de 2 centim. pour laisser passer un diamètre sous-occipito-frontal de 10 centim. et demi, diamètre moyen d'un enfant de poids moyen. Il faut donc que la tête peine longtemps contre le coccyx ; car ce dernier n'est pas, comme on l'a dit, partie molle dans l'accouchement, et il existe certainement en ce point un obstacle à franchir. Cet obstacle considérable ne réside ni dans les articulations coccygiennes, ni dans les ligaments sacro-sciatiques qui ne s'insèrent pas au coccyx. Il semble se constituer pendant la période d'expulsion.

Ce n'est nullement le détroit inférieur, jusqu'ici décrit, qui nécessite la rotation de la tête et peut retarder son expulsion : Varnier s'est attaché, sous la direction et avec la collaboration de son maître, le Prof. Farabeuf, à rechercher quelles étaient les dispositions anatomiques, jusqu'ici méconnues, qui expliquent les phénomènes mécaniques de la période d'expulsion, qui nécessitent la rotation de la tête pour la terminaison de l'accouchement. En faisant des expériences sur le cadavre d'une femme adulte,

Varnier a constaté qu'il existait au niveau du plancher pelvien, une véritable boutonnière à grand diamètre antéro-postérieur, boutonnière dilatable, mais qui conserve toujours la prédominance antéro-postérieure ; les bords de cette boutonnière sont d'autant plus tendus et résistants que la pression exercée sur elle est plus considérable. L'examen anatomique fait par Varnier lui montra que cette boutonnière est constituée par les fibres pubo-coccygiennes du muscle releveur de l'anus, par les muscles ischio-coccygiens et par le coccyx mobile qui est le rendez-vous général des 2/3 des faisceaux du releveur de l'anus (faisceaux coccygiens).

Le Prof. Farabeuf a donné en effet une description toute nouvelle du muscle releveur de l'anus, en lui rattachant le muscle ischio-coccygien et en lui donnant le nom de releveur coccy-périnéal : ce muscle constitue un diaphragme ou plancher pelvien musculaire concave en haut, infundibuliforme, ouvert d'une large *fente* médiane antérieure où passent l'urèthre, le vagin, le rectum et que doit forcer nécessairement et traverser le fœtus avant d'aborder à la vulve.

C'est cette *fente pubo-coccygienne* qui doit, dans l'étude du mécanisme de l'expulsion, être considérée comme le *détroit inférieur :* limitée de chaque côté par les faisceaux pubo-coccygiens qui amarrent la pointe du coccyx à la symphyse, elle mesure au repos 8 c. 1/2 en moyenne dans son diamètre antéro-postérieur ou coccy-sous-pubien. Ses dimensions transversales sont au contraire très faibles 4 centim. 1/2. Il y a donc là, à l'état statique, et à l'état dynamique, prédominance très marquée du diamètre antéro-postérieur sur les diamètres transverse et oblique.

Il suffit de considérer les dimensions de cette boutonnière lorsque rien ne la sollicite, et de songer à celles qu'elle doit acquérir pour laisser passer la grande circonférence et le grand diamètre d'une tête de fœtus de poids moyen, pour comprendre que là est l'explication de cette rétropulsion si lente et si pénible du coccyx qu'on observe chez les primipares ou chez les multipares ayant des enfants très volumineux.

En résumé, cette fente pubo-coccygienne, constitue le détroit supérieur du canal mou dilatable, bassin mou de Pinard, canal ou infundibulum périnéo-vulvaire, dont la vulve forme le détroit inférieur. En conservant la nomenclature usuelle « nous lui don-

nerons, dit Varnier, le nom de *détroit inférieur, musculaire, du bassin obstétrical* ».

Si l'analyse de cette thèse remarquable est imparfaite, la faute en est un peu à l'auteur qui, à l'aide d'une dialectique serrée, a su grouper, condenser et discuter nombre de faits d'une importance très grande au double point de vue théorique et clinique. La lecture de ce travail est d'autant plus intéressante, qu'il est édité avec un soin tout spécial et qu'on y trouve une vingtaine de belles planches très explicatives, qui parlent aux yeux pour ainsi dire, et que Varnier a dessinées en grandeur naturelle, quelques-unes de ces figures sont même dues à l'habile crayon du Prof. Farabeuf.

Dr G. LEPAGE.

VARIÉTÉS

Congrès Français de chirurgie.

La quatrième session du Congrès Français de chirurgie, se tiendra à Paris, du 17 au 18 octobre 1889, sous la présidence de M. le baron Larrey.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour :

I. — Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales.

II. — Traitement chirurgical de la péritonite.

III. — Traitement des anévrysmes des membres.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1889

TRAVAUX ORIGINAUX

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Par le Dr **A. Pinard**, professeur agrégé,
Accoucheur de la Maternité de Lariboisière.

La grossesse extra-utérine peut présenter, dans sa symptomatologie, dans son évolution, des différences assez tranchées pour lui imprimer des physionomies diverses, et assez peu connues encore à l'heure actuelle pour rendre dans certains cas le diagnostic, sinon impossible, du moins extrêmement difficile.

De même la conduite à tenir dans les cas de grossesse ectopique, le moment de l'intervention, quand cette dernière est jugée nécessaire, la méthode opératoire qu'on doit préférer, le traitement consécutif à l'opération, sont autant de points très discutés aujourd'hui, mais non encore résolus.

Pour ces raisons, j'ai pensé qu'il y avait quelque intérêt à publier la relation de trois cas dans lesquels j'eus à me poser et à résoudre ces différentes questions.

Je donne d'abord ces trois observations in extenso, car si elles ont quelques points de commun, elles présentent, d'autre part, des différences nettement accusées. J'essaierai

ensuite d'en dégager les particularités les plus intéressantes, tant au point de vue des symptômes et du diagnostic, qu'au point de vue du traitement.

Obs. I. — *Grossesse extra-utérine s'étant développée jusqu'à terme. — Élytrotomie pratiquée deux mois environ après la mort du fœtus. — Guérison* (1).

Mme B..., âgée de trente et un ans, ne présentant dans ses antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques rien de particulier à noter, a déjà eu deux grossesses suivies d'accouchements spontanés et à terme. A la suite du dernier accouchement, elle a eu une affection utérine pour laquelle elle fut soignée quelques mois en Angleterre. Puis la santé redevint bonne et la menstruation régulière.

Le 21 août 1882, Mme B... eut ses règles pour la dernière fois. Elle habitait alors Rueil.

Le 7 septembre, apparition, pour la première fois, de douleurs dans la région hypogastrique. Ces douleurs se reproduisant les jours suivants, le Dr Launay est appelé et voici les renseignements que je dois à l'obligeance de notre confrère :

« Mme B... éprouve des douleurs violentes dans tout le petit bassin. Il y a un besoin constant d'aller à la garde-robe et la défécation est difficile et douloureuse. Le ventre n'est pas ballonné. Le palper ne donne aucun renseignement.

Le 13 octobre, les douleurs deviennent intolérables ; on pratique des injections de morphine. État satisfaisant jusqu'au 24. A ce moment, crise atroce. Exacerbation des symptômes. Même traitement suivi d'une période relativement calme. Dans le courant du mois de novembre, le toucher fait constater la présence d'une tumeur rétro-utérine.

Nouvelles crises pendant le mois de décembre.

Le mois de janvier fut relativement bon. Quelques douleurs pendant les mois de février et de mars.

A ce moment, Mme B... quitte Rueil pour aller habiter Colombes. »

---

(1) Observation lue à l'Académie de médecine, le 19 février 1884, et publiée dans la thèse d'agrégation du Dr Maygrier.

Au mois de mai, le Dr Tachard, de Colombes, fut appelé près d'elle pour la première fois.

Voici le résumé de l'observation que le Dr Tachard a bien voulu me transmettre :

« Appelé au commencement du mois de mai près de Mme B..., je fus frappé de la forme irrégulière du ventre ; assez aplati au niveau du flanc gauche, il présentait, au contraire, une tuméfaction considérable à droite. Le palper me fit reconnaître nettement la présence de la tête en haut et à droite. L'examen était douloureux, je n'insistai pas. Le toucher, très douloureux également, ne fut pratiqué qu'imparfaitement et ne me permit d'atteindre ni le col ni aucune partie fœtale. L'auscultation ne donne que des résultats négatifs. Pendant la durée de mon examen, je ne pus sentir aucun mouvement actif du fœtus, bien que Mme B... affirmât sentir les mouvements de son enfant, aussi bien, sinon mieux, que dans ses grossesses antérieures. Depuis le mois d'octobre, Mme B... était obligée de rester couchée, soit dans son lit, soit sur une chaise longue ; tout mouvement lui était pénible.

Le 20 mai, je fus de nouveau appelé près de Mme B... que je trouvai en proie à des douleurs absolument semblables à celles du début d'un accouchement normal. Les douleurs revenaient environ toutes les dix minutes. La forme du ventre n'avait pas changé. En pratiquant le toucher, je trouvai le col tout à fait en avant et en haut, en rapport avec le bord supérieur de la symphyse. Il avait la forme et la consistance d'un col utérin non gravide.

Je soupçonnai alors l'existence d'une grossesse extra-utérine.

Les douleurs persistèrent toute la nuit. Le lendemain tout rentra dans l'ordre. Les douleurs ayant cessé et le soupçon d'une grossesse extra-utérine n'ayant fait que traverser mon esprit, je crus que Mme B... n'était pas encore à terme. Trois jours après, les seins deviennent durs et une sécrétion laiteuse spontanée s'établit pendant quelques jours.

A partir de ce moment, l'état général devint meilleur. Mme B... se leva et put, sans souffrance, faire quelques promenades dans son jardin.

Le 20 juin, apparition de quelques tranchées utérines avec perte de sang peu abondante. Je l'examinai alors avec grand soin, et de mon examen il résulta que Mme B... avait une grossesse extra-utérine.

C'est alors que je voulus prendre l'avis du Dr Pinard. »

Je vis Mme B... à Colombes pour la première fois le 4 juillet. Cette dame, à mon arrivée, se promenait dans son jardin.

Voici quel fut le résultat de mon examen :

État général assez bon. — Cependant, me dit-elle, j'ai considérablement maigri. Les fonctions sont régulières. Le ventre est volumineux et on voit se dessiner à travers la paroi abdominale assez mince une grosse tumeur qui remplit la fosse iliaque gauche et l'hypogastre, arrive sur la ligne médiane au niveau de l'ombilic et s'élève jusqu'à l'hypochondre. L'on voit également au niveau de l'hypogastre et de la fosse iliaque droite une petite tumeur paraissant avoir 8 à 10 centimètres de hauteur, et semblant repoussée en avant par la grosse tumeur qui remplit la cavité abdominale ou implantée sur sa paroi antérieure.

La percussion fait percevoir une matité absolue dans toutes les régions occupées par les tumeurs.

La palpation fait éprouver deux sensations importantes :

1° Dans l'hypochondre droit, une crépitation osseuse bien nette, absolument semblable à celle produite par le chevauchement des os d'une tête de fœtus mort depuis un certain temps;

2° Au niveau de la petite tumeur, une sensation de durcissement. La consistance devient ligneuse à un moment donné. Manifestement, elle est le siège d'une contraction énergique.

Pendant toute la durée de l'examen, la grosse tumeur ne présenta aucune variation dans sa consistance.

L'auscultation ne donna absolument rien.

Le toucher me fit percevoir la présence d'une tumeur résistante remplissant toute l'excavation. En déprimant les parois de cette tumeur, l'on sent des parties résistantes et irrégulières. Le cul-de-sac postérieur du vagin n'existe plus. Le cul-de-sac antérieur, au contraire, est très profond, tellement profond que le doigt porté aussi haut que possible ne peut en atteindre le fond.

Portant le doigt entre la face postérieure de la symphyse et la tumeur, on arrive à droite très facilement sur le col. En abaissant avec la main la petite tumeur qui tout à l'heure s'était contractée, on abaisse un peu le col, mais pas assez pour le contourner et explorer l'état des orifices. Faisant mettre Mme B... sur les genoux et sur les coudes, et pratiquant le toucher, nous n'obtenons pas d'autre renseignement.

En présence de ces constatations, m'appuyant sur les renseignements fournis par Mme B... et le Dr Tachard, et bien que je n'eusse pu pratiquer le cathétérisme utérin, je diagnostiquai une grossesse extra-utérine, variété abdominale, avec un fœtus s'étant développé jusqu'à terme et étant mort au moment où le faux travail s'était déclaré, c'est-à-dire depuis cinq à six semaines environ.

Après avoir prévenu l'entourage, et en l'absence de toute menace d'accident, nous fûmes d'avis, le Dr Tachard et moi, de nous en tenir à l'expectation. Quelques jours plus tard, la situation changea. Des douleurs abdominales forcèrent Mme B... à reprendre le lit. L'appétit disparut. L'amaigrissement fit des progrès rapides. La défécation et la miction devinrent difficiles, pénibles. Je priai alors mon excellent maître M. Tarnier de vouloir bien s'adjoindre à nous et de venir voir Mme B,.., ce qu'il fit le 15 juillet. Après avoir pratiqué le palper, l'auscultation, le toucher vaginal et rectal, M. Tarnier confirma de tous points le diagnostic en nous engageant cependant à faire tout notre possible pour pratiquer le cathétérisme utérin. Quant au traitement, il fut convenu que si les accidents persistaient et s'aggravaient encore, il faudrait procéder à une opération.

Je dois signaler ici un fait important que je n'ai vu mentionner dans aucune des nombreuses observations de grossesse extra-utérine que j'ai pu lire. Entre ma première visite et ma seconde, c'est-à-dire du 4 au 15 juillet, le kyste fœtal avait considérablement augmenté de volume. Les parois étaient plus tendues. Il y avait manifestement une accumulation progressive du liquide.

Le 18 juillet, je tentai de pratiquer le cathétérisme utérin. En raison de l'attitude du col et de la difficulté que j'éprouvai à passer un doigt entre le kyste fœtal et la face postérieure de la symphyse, je ne pus y réussir. Le cathétérisme vésical, quoique difficile, put être pratiqué et démontra que la vessie avait subi le même déplacement que l'utérus et était inclinée à droite. Depuis deux jours, l'urine s'écoulait continuellement et goutte à goutte. L'état général était de plus en plus mauvais. La face était grippée. Il y avait des sueurs profuses. Le pouls était à 120. La tension du kyste devenait de plus en plus considérable. Nous crûmes trouver dans tous ces symptômes et dans la crainte d'une rupture intra-abdominale du kyste fœtal l'indication d'une intervention. L'opération fut résolue.

M. Tarnier voulut m'en laisser les bénéfices tout en me prodiguant ses conseils, et en me faisant l'honneur de m'assister.

Le 21 juillet, à quatre heures, en présence et avec l'aide de MM. Tarnier, Tachard, Guérin, Champetier de Ribes, Boissard, Mme B... ayant été chloroformée, je pratiquai, d'après les conseils de M. Tarnier, l'élytrotomie. Une première incision vaginale étant faite en un point où je n'avais pas perçu de pulsation, il s'écoula une assez grande quantité de liquide séro-sanguinolent n'ayant aucune odeur. J'introduisis alors le doigt dans cette ouverture et j'appréciai, avant d'arriver dans le kyste, l'épaisseur peu considérable de la paroi vaginale et l'épaisseur bien plus marquée de la paroi kystique, puis j'arrivai sur les pieds du fœtus. J'agrandis alors l'orifice que je venais d'ouvrir, en pratiquant de petites incisions dirigées dans tous les sens à l'aide d'un bistouri courbe et boutonné. Puis j'opérai la dilatation à l'aide des doigts introduits en cône. Ce fut le temps le plus long de l'opération, mais j'ajoute que cette lenteur fut voulue.

Bientôt ma main entière put pénétrer. Je saisis un pied et l'amenai à la vulve et, à l'aide de tractions lentes et soutenues, j'engageai le siège et le tronc, je dégageai successivement les deux bras, puis enfin la tête. Je n'eus pas plus de difficulté que dans un accouchement par le siège chez une primipare.

L'enfant macéré était volumineux. Malheureusement il ne fut pas pesé. Il s'était certainement développé jusqu'à terme.

Le cordon étant coupé, je réintroduisis ma main dans le kyste et trouvai le placenta adhérent sur la face postéro-supérieure du kyste : je priai M. Tarnier de faire la même constatation. Il trouva, comme moi, le placenta trop adhérent pour essayer de l'enlever. Le kyste fut complètement irrigué avec une solution de sublimé à 2 p. 1000. Le cordon fut coupé au niveau de la vulve. Des tampons de ouate phéniquée furent appliqués sur la vulve, un bandage compressif fut posé sur le ventre et des injections furent faites dans le kyste toutes les deux heures, nuit et jour, avec de la solution au sublimé. Il n'y eut pas trace d'hémorrhagie.

Le placenta se détacha le 8 août ; il fut expulsé en deux parties, l'une le 8 et l'autre le 9 août. La température oscilla entre 37°,5 et 38°,5 et atteignit un seul jour 39°, la veille du décollement placentaire.

Un mois après l'opération, Mme B... se levait, la guérison était

complète. Quatre mois après il ne restait plus aucune trace du kyste fœtal dans l'abdomen. L'utérus a repris sa place et ses fonctions ; une cicatrice vaginale d'aspect rougeâtre, siégeant au cul-de-sac postérieur, est le seul vestige de cette grossesse.

Je résume les points les plus intéressants de cette observation.

Au point de vue des symptômes, elle montre que les premières manifestations pathologiques, consistant en troubles fonctionnels (miction et défécation), phénomènes douloureux, firent leur apparition presque aussitôt après le début de la grossesse, et se montrèrent avec plus ou moins d'intensité pendant les quatre premiers mois.

Puis une accalmie relative survint, et bien que tout mouvement fût assez pénible pour forcer Mme B... à rester soit au lit, soit sur une chaise longue, les accidents s'amendèrent pendant les cinq mois qui suivirent.

Il y eut absence complète d'écoulement sanguin, et par conséquent pas d'expulsion de caduque du 21 août au 20 juin, c'est-à-dire pendant dix mois.

Le diagnostic fut relativement facile, étant donnée l'époque à laquelle je fus appelé.

Les renseignements fournis par mes confrères les Drs Delaunay et Tachard, les symptômes observés : délimitation d'une tumeur abdominale irrégulière et immobile, contenant des parties liquides et solides, sensation manifeste de crépitation osseuse, me mirent immédiatement sur la voie du diagnostic.

La constatation par le palper et le toucher combinés de la présence de l'utérus (tumeur se contractant) situé en avant de la tumeur et derrière la symphyse, me permirent d'être affirmatif, bien que je n'eusse pas pratiqué le cathétérisme utérin digital.

Cette exploration ne put du reste être pratiquée plus tard, en raison de la situation de l'utérus en arrière et en haut de la symphyse.

Un faux travail se déclara neuf mois après la dernière

apparition des règles et fut assez net pour faire croire que l'accouchement allait s'effectuer. Les douleusr revenant toutes les dix minutes durèrent douze heures environ, puis cessèrent.

Il est probable que l'enfant mourut à ce moment, car trois jours après il y eut une fluxion mammaire.

Un mois après, retour des règles ; nouvelles douleurs, augmentation de tension du kyste.

Nouveaux accidents à l'époque des règles au mois de juillet, ayant décidé l'intervention.

Je reporte la discussion du traitement à la fin des deux observations suivantes.

OBS. II. — *Grossesse extra-utérine s'étant développée jusqu'à terme. — Laparotomie pratiquée un mois environ après la mort du fœtus. — Guérison* (1).

La nommée V..., âgée de 38 ans, entrée dans mon service à la Maternité de Lariboisière, le 6 juin 1888, présente les antécédents suivants :

Première grossesse normale à 18 ans. Depuis cette époque, c'est à-dire depuis vingt ans, aucune autre grossesse. A part quelques indispositions, bonne santé générale.

Les règles qui jusque-là avaient été régulières, se montrèrent pour la dernière fois le 20 août 1887. Cette suppression non plus que l'apparition de quelques phénomènes sympathiques de la grossesse, n'attirèrent nullement l'attention de cette femme qui se croyait arrivée à l'époque de la ménopause.

Dans le courant du mois de janvier elle fut prise subitement de violentes douleurs abdominales et lombaires, perdit connaissance et prit le lit, qu'elle n'a pas quitté depuis.

Quelques jours après le début de ces accidents, elle eut une légère hémorrhagie utérine, rendit une certaine quantité de caillots et expulsa une membrane assez épaisse. En même temps elle présenta quelques phénomènes qui firent penser à une péritonite : frissons, fièvre, vomissements, etc., qui ne tardèrent pas d'ailleurs à se calmer.

---

(1) Observation communiquée à l'Académie de médecine le 12 mars 1889.

Mais le ventre continua à se développer, les seins augmentèrent de volume.

En février et mars, à l'époque correspondante à celle des règles, cette femme perdit quelques gouttes de sang.

Dans le courant du mois d'avril, voulant faire un effort pour se lever, elle ressentit une douleur violente dans les reins et eut une syncope. Ayant repris connaissance, elle crut percevoir des mouvements dans la cavité abdominale.

Je la vis alors pour la première fois le 10 avril, appelé par le Dr Ivanichevitch.

Je constatai l'existence d'une tumeur abdominale volumineuse, immobile, étendue transversalement et occupant toute la région hypogastrique. Explorant cette tumeur par le palper, je perçus d'abord nettement un ballottement fœtal, puis je pus me rendre compte de l'attitude du fœtus dont la tête était à gauche, le siège et les petites extrémités à droite.

L'auscultation démontra l'existence des bruits du cœur fœtal dont le foyer maximum siégeait à deux centimètres au-dessous de l'ombilic. Le toucher me fit reconnaître que l'excavation était remplie par une tumeur, et que le col ramolli était repoussé en arrière et en haut avoisinant l'angle sacro-vertébral. Il me fut impossible à ce moment de distinguer si le col était en relation de continuité ou de contiguïté avec la tumeur.

Si le diagnostic de l'existence de la grossesse était facile, le diagnostic et la nature de cette grossesse l'était beaucoup moins.

Cette grossesse, accompagnée des symptômes précédemment décrits, était assurément pathologique, mais pourquoi ?

La physionomie des symptômes observés chez cette femme : douleurs abdominales subites et perte de connaissance trois mois après une suppression de règles, expulsion de caillots, probablement d'une caduque, accidents péritonitiques, puis consécutivement, légère hémorrhagie à chaque époque des règles, etc. me firent penser à l'existence d'une grossesse extra-utérine, les signes perçus par le palper : immobilité de la tumeur et irrégularités de cette dernière, semblaient confirmer ce diagnostic ; mais le toucher, en me démontrant que le col offrant les caractères du col gravide était repoussé en arrière, et ne me permettant pas de reconnaître si le col était distinct ou faisait partie constituante de la tumeur de l'excavation, et si cette dernière était formée par le segment

inférieur de l'utérus, ou par un kyste fœtal, me fit rester dans le doute, et je me contentai de recommander de surveiller avec grand soin cette femme.

La grossesse continua à évoluer, quand le 20 mai se montrèrent des douleurs absolument semblables à celles du travail normal de l'accouchement. D'abord légères et irrégulières, ces douleurs apparurent ensuite régulièrement toutes les 5 minutes et devinrent très intenses. Cet état dura trois jours. Pendant ce temps les mouvements du fœtus furent très accusés et même violents, puis ils disparurent le 29 mai. Il n'y eut pendant cette période aucun écoulement vaginal.

Appelé à ce moment, je constatai la mort du fœtus ; et en raison de ce qui s'était passé les jours précédents, bien que je n'eusse pu pratiquer au second examen le cathétérisme utérin digital, le diagnostic de grossesse extra-utérine étant plus que probable, je fis comprendre à cette femme qu'elle n'accoucherait pas sans secours, et je la décidai à entrer à la Maternité de Lariboisière où elle vint, comme je l'ai dit, le 6 juin.

A ce moment son état général est peu satisfaisant : elle est pâle, amaigrie et ne peut se tenir debout. Le pouls est à 120 et la température à 38°,2. La miction est douloureuse. Les urines contiennent une notable quantité d'albumine.

Le lendemain 7 juin, cette femme ayant été anesthésiée, je pratiquai l'examen minutieux du ventre. Je constate dans l'abdomen, ainsi que je l'avais fait lors de mon premier examen, l'existence d'une tumeur ovoïde, mate, tendue et immobile dont le grand axe horizontal, étendu d'une épine iliaque à l'autre en passant par l'ombilic, mesure 52 cent. et dont le petit axe vertical, allant de la symphyse à 7 cent. au-dessus de l'ombilic, mesure 30 cent.

Je reconnais que l'attitude du fœtus n'a pas changé, la tête est à gauche et le corps à droite. Je retrouve également sur la région antéro-latérale droite de la paroi abdominale une sorte de tuméfaction de 15 cent. environ de diamètre, au niveau de laquelle existe un frémissement assez intense, une sorte de thrill perceptible à la main, que j'avais déjà constaté en examinant la malade chez elle, et dont celle-ci se plaignait d'ailleurs à cause de l'existence d'une douleur constante à ce niveau et d'une sensation permanente de bouillonnement.

L'auscultation absolument muette au sujet des bruits du cœur fœtal, démontre à ce niveau l'existence d'un souffle intense à renforcement qu'on ne retrouve nulle part ailleurs.

Le frémissement et le souffle ont leur maximum d'intensité au centre de cette zone tuméfiée décrite plus haut, et vont l'un et l'autre en s'affaiblissant vers la périphérie de cette zone. Pour ces raisons je pensai que le placenta était inséré à ce niveau.

Le toucher vaginal et le cathétérisme vésical permettent de constater que la vessie est interposée dans sa totalité entre le vagin et le kyste fœtal, et qu'il sera impossible de se frayer une voie en arrière, c'est-à-dire de pratiquer l'élytrotomie si une intervention est jugée nécessaire ; que le kyste fœtal en plongeant dans l'excavation a repoussé l'utérus fortement en arrière, que le col ramolli et entr'ouvert est toujours en rapport avec l'angle sacro-vertébral.

Introduisant la main entière dans le vagin, dans le but de pratiquer le cathétérisme utérin digital, je pus introduire facilement l'index dans l'utérus et constater que la cavité utérine était vide.

Désireux de voir l'état général de cette femme s'améliorer, espérant faire disparaître l'albuminurie et voulant surtout n'intervenir qu'après l'arrêt de la circulation placentaire, je résolus d'attendre et soumis la malade au régime lacté.

Du 7 au 20 juin l'état général s'aggrava, mais l'albuminurie disparut à peu près entièrement. Le souffle et le frémissement diminuèrent progressivement et ne furent plus perçus le 19. Par contre la tension du kyste devint de plus en plus considérable.

En présence, d'un côté, de l'amaigrissement constant, de l'élévation de la température, des troubles de plus en plus accusés de la miction, de l'absence de sommeil; d'un autre côté, ayant constaté la disparition de l'albuminurie et du souffle et frémissement placentaires; enfin craignant la rupture spontanée du kyste en raison de son augmentation constante, progressive, je résolus d'intervenir et je pratiquai la laparotomie le 23 juin, à 6 h. du matin.

Je pratiquai sur la ligne médiane de l'abdomen une incision de 17 centim. Je découvris le kyste fœtal dont je trouvai la face antérieure recouverte de fausses membranes récentes. Les adhérences du kyste au péritoine étaient solides à la partie inférieure, mais à peine accusées aux parties moyenne et supérieure.

Je pratiquai immédiatement l'isolement du péritoine en suturant le kyste à la paroi abdominale au moyen d'une vingtaine de points à l'aide de la soie phéniquée.

En palpant alors la surface accessible du kyste, reconnaissant que le placenta est inséré à droite et voulant l'intéresser le moins

possible, je résolus de pratiquer l'ouverture du kyste au moyen d'une incision faite à 1 cent. à gauche de la ligne médiane. Cette incision pratiquée et mesurant toute la hauteur de la plaie abdominale, il s'écoule une certaine quantité de liquide brunâtre sans odeur; introduisant alors la main droite, j'allai chercher un pied et, par des tractions lentes, je pus extraire facilement le fœtus. Ce dernier très macéré, mais entier, mesure 46 centim. et pèse 2,300.

Introduisant à nouveau ma main dans le kyste, je constate que le placenta est inséré sur la paroi antérieure de l'abdomen, exactement au point où avaient été perçus la tuméfaction, le frémissement et le souffle.

Après avoir sectionné le cordon au niveau de son insertion placentaire, je suturai la moitié supérieure de la plaie abdominale; je plaçai à la partie inférieure deux gros tubes au moyen desquels je lavai la cavité kystique avec une solution aqueuse et saturée de naphtol.

Ces lavages au naphtol furent pratiqués deux fois par jour pendant cinq jours. Puis la température qui depuis l'opération était revenue à la normale, s'étant élevée à 39°, au moment où le placenta commençait à se détacher, je pratiquai l'irrigation continue avec le même liquide pendant 48 heures. La température s'étant alors abaissée, je revins aux lavages bi-quotidiens.

Les membranes commencèrent à s'éliminer le 3e jour après l'ouverture du kyste. Le placenta ne commença à se détacher que le 6e jour et son élimination ne fut complète que le 7 juillet, c'est-à-dire le 17e jour. A ce propos, je ferai remarquer qu'à deux reprises, le 7e et le 11e jour, de légères tractions ayant été faites sur le placenta, dans le but de hâter son décollement, déterminèrent des hémorrhagies assez sérieuses. Aussitôt après l'élimination du placenta les parois du kyste revinrent rapidement sur elles-mêmes, la plaie bourgeonna et se cicatrisa rapidement.

Je ne parlerai pas de la physionomie de cette grossesse ectopique qui au point de vue des symptômes, on peut dire classiques tels que : expulsion de la caduque au 3e mois, phénomènes péritonitiques, faux travail à terme, fut celle qu'on observe le plus communément.

Mais je ferai remarquer :

1° La présence en un point de la paroi abdominale, en rap-

port avec l'insertion placentaire, d'un frémissement et d'un souffle très facilement perçus, qui ont duré autant que la circulation inter-kysto-placentaire, et dont la disparition a été pour moi une indication de l'intervention.

2° La situation de l'utérus repoussé en arrière et en haut, alors que le plus souvent on le trouve en avant.

3° La présence de la vessie, tapissant, doublant toute la partie inférieure du kyste et empêchant de pratiquer l'élytrotomie, c'est-à-dire l'ouverture du kyste à ce niveau.

4° La tension des parois du kyste fœtal qui augmenta progressivement après la mort du fœtus, fait en opposition avec ce qu'on observe dans les cas de grossesse utérine où, le fœtus étant mort et retenu un certain temps, la tension des parois utérines diminue progressivement.

J'avais déjà constaté ce fait dans l'observation précédente.

Obs. III. — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'à terme. — Laparotomie pratiquée deux mois et demi environ après la mort du fœtus. — Guérison* (1).

La nommée D..., âgée de 23 ans, entre dans mon service pour y accoucher le 15 décembre 1888. Cette femme présente les antécédents suivants : Première grossesse il y a six ans, suivie d'un accouchement à terme et spontané. Depuis cette époque, bonne santé générale. Dernières règles au commencement du mois de mars 1888 Cette grossesse évolue d'une façon à peu près normale.

Sauf des douleurs lombaires qui obligèrent cette femme à rester. étendue pendant environ six semaines, rien de particulier n'attira l'attention.

Au commencement d'octobre, elle alla consulter à la Maternité où on lui dit, après examen, qu'elle était enceinte de six mois 1/2 environ et que son enfant était vivant. Elle rentra chez elle et reprit ses occupations. Bien que continuant à travailler, son état général devint mauvais en même temps que devinrent plus intenses ses douleurs abdominales et lombaires.

Éprouvant des douleurs plus vives le 15 décembre, perdant un

(1) Observation résumée lue à l'Académie de médecine le 12 mars 1889.

peu de sang et pensant être à terme, elle vint à la Maternité de Lariboisière, se croyant en travail.

A son arrivée dans la nuit, on constata l'absence de pulsations fœtales et de toutes modifications du col, et on me la présenta le lendemain matin comme une femme ayant un enfant mort et qui n'était pas en travail.

L'examinant alors, je constatai que son ventre était développé régulièrement comme chez une femme à terme, et que la paroi abdominale était tendue et résistante. Malgré cette tension, je pus par le palper percevoir le pôle fœtal supérieur dans le flanc gauche, et sentir nettement la crépitation produite par le chevauchement des os crâniens les uns sur les autres. L'auscultation ne me fit entendre ni pulsation fœtale ni souffle maternel.

Le toucher me fit reconnaître que le col était dur et l'orifice externe à peine entr'ouvert. Je perçus immédiatement, au-dessus et à droite, une petite tumeur de la grosseur d'un gros œuf que je crus être une partie fœtale. En raison de ces constatations, je fis tout d'abord le diagnostic de rétention prolongée du fœtus mort dans la cavité utérine, tout en faisant remarquer à mes élèves combien il était insolite de constater, avec une macération aussi prononcée, une tension aussi considérable de la paroi utérine : fait, leur disais-je, qui ne se rencontre que dans les cas de kyste fœtal.

L'examen de chaque jour et les symptômes observés consécutivement, en particulier l'immobilité de la tumeur abdominale, firent pénétrer de plus en plus dans mon esprit l'idée de l'existence d'une grossesse extra-utérine.

L'écoulement sanguin dura plusieurs jours puis disparut. Les douleurs étaient peu accusées.

Du 25 décembre au 11 janvier la tension parut moindre et la circonférence abdominale diminua de 9 centimètres.

L'état général devenait de plus en plus mauvais.

Le 16 janvier, cette femme rendit des urines sanguinolentes en même temps qu'en tous les points du corps où s'exerçait la moindre pression apparurent de larges plaques ecchymotiques.

Sous l'influence des inhalations d'oxygène les urines redevinrent normales et le purpura disparut. La température revint à la normale, mais le pouls resta accéléré, 130 en moyenne. Mais à partir du 23 janvier, le volume du ventre augmenta, la circonférence abdominale maxima mesurait 10 centimètres de plus que le 16 janvier.

Le col n'offrait toujours aucune modification, mais l'écoulement sanguin reparut.

En présence de ces symptômes, et avant d'essayer de pratiquer le cathétérisme utérin digital, je priai M. Tarnier de venir examiner cette femme. Après un examen minutieux pratiqué le 3 février, mon Maître émit la même opinion que moi et me conseilla, pour affirmer notre diagnostic, de pratiquer le cathétérisme utérin digital.

Deux jours après j'essayai mais en vain de faire pénétrer le doigt dans l'utérus. J'introduisis dans le col un cône d'éponge préparée et antiseptique, et le lendemain je renouvelai mes tentatives, mais je ne fus pas plus heureux. La cavité cervicale était bien dilatée, mais le doigt rencontrait un obstacle au niveau de l'orifice interne. Le corps de l'utérus était absolument fléchi sur le col. Avec une sonde molle je pus pénétrer à une profondeur de 8 à 9 cent. et cela à plusieurs reprises. Le diagnostic s'affirmait donc.

Mais l'état général devenait inquiétant. Le 8 février, la température qui depuis plusieurs jours oscillait entre 38° et 38°,6 monta brusquement à 40°. En présence de ces symptômes, je ne crus pas devoir attendre plus longtemps, et je pratiquai l'opération le lendemain 9 février, à 8 heures du matin.

Sachant que la vessie et l'utérus tapissaient la face inférieure du kyste, je résolus de pratiquer la laparotomie.

J'incisai la paroi abdominale dans une étendue de 16 centim. ; je découvris le kyste et suturai les parois aux lèvres de la plaie abdominale, à l'aide de 19 points de fils de soie.

J'incisai la paroi du kyste. Le placenta était inséré à ce niveau et mesurait 8 centim. d'épaisseur. Il s'écoula environ un litre de liquide couleur chocolat.

J'introduisis alors la main droite, j'allai chercher un pied et fis l'extraction d'un fœtus très macéré mais entier, pesant 2300 gr. et mesurant 48 centim.

Je lavai la poche avec la solution de naphtol ; je sectionnai le cordon à son insertion placentaire, je suturai la partie supérieure de la plaie abdominale, je plaçai deux gros drains à la partie inférieure et achevai le pansement. Chaque jour on pratiqua deux lavages au naphtol. La température baissa progressivement les jours suivants, et le 6e jour, c'est-à-dire le 15 février, elle était à 37°,2 le matin, et à 37°,4 le soir.

Elle remonta le soir du 19 février à 39°, mais ce jour-là le placenta fut éliminé en grande partie.

A partir de ce moment l'état général s'améliora rapidement.

Le 20 mars cette femme se levait. Les parois du kyste étaient à peu près complètement résorbées.

Les points remarquables de cette observation me paraissent être les suivants :

L'évolution silencieuse de cette grossesse ectopique dont la physionomie a été sensiblement la même que celle d'une grossesse utérine. En effet aucun accident n'attire l'attention de cette femme. Il n'y a ni expulsion de caduque, ni réaction bien apparente du côté du péritoine. Bien plus, cette femme va à la Maternité étant enceinte de 6 mois ; la sage-femme en chef, M[me] Henry, dont l'expérience et l'habileté sont bien connues, l'examine elle-même et dicte le bulletin suivant : « grossesse de 6 mois et demi environ. Enfant vivant. Présentation du siège ou fibrome ? » Sauf ce point, on qui retourne ne constate rien d'anormal et on ne retient pas cette femme, chez elle, continue à vaquer à ses occupations, arrive dans mon service croyant accoucher normalement, et m'est présentée simplement comme une femme enceinte dont l'enfant est mort.

Ces faits feront comprendre mon hésitation, et si l'on joint à cela la difficulté que je rencontrai pour pénétrer dans l'utérus, on pourra se rendre compte de la difficulté du diagnostic.

J'aborde maintenant la question du traitement.

Une grossesse extra-utérine, ayant évolué à peu près jusqu'à terme, étant reconnue, le fœtus étant mort, que doit-on faire ?

Il n'est personne aujourd'hui, je pense, qui puisse conseiller l'expectation indéfinie, comptant sur la transformation du kyste fœtal et de son contenu en lithopédion. L'on sait en effet combien cette transformation a été rarement observée dans les cas où le fœtus s'est développé à peu près jusqu'à terme, et combien au contraire les accidents observés pendant la rétention du fœtus mort sont fréquents.

Sans parler même des cas de suppuration ou de rupture du kyste fœtal, l'on ne doit pas oublier que le plus souvent la présence du kyste fœtal mort suffit pour altérer gravement la santé des femmes.

Nos trois observations suffiraient pour en donner la preuve si cela était encore nécessaire. Chez aucune de nos femmes le kyste n'avait suppuré ; le contenu liquide et le fœtus ne présentaient aucune trace apparente de putréfaction, et cependant toutes les trois présentaient un état général des plus mauvais : amaigrissement, purpura, élévation de la température, pouls fréquent, etc. A ce propos je ferai remarquer que chez toutes le pouls a présenté une fréquence constante et non en rapport avec la température.

L'intervention étant résolue, à quel moment doit-on intervenir ?

La pluralité des auteurs conseillent de ne pas attendre l'explosion des accidents causés par la suppuration; je ne discuterai donc pas ce point, me ralliant complètement à cette manière de faire.

Mais doit-on opérer aussitôt après la mort du fœtus? Ici les opinions sont partagées. Cependant je crois, avec Kaltenbach, Fraenkel, Litzmann, Werth et Maygrier, qu'à moins d'indications spéciales, il ne faut pas opérer immédiatement après la mort du fœtus.

Dans les cas où l'incision porterait sur l'insertion placentaire, comme cela m'est arrivé dans les observations II et III, une hémorrhagie grave pourrait être à redouter.

D'après ce que j'ai pu constater chez une de mes opérées, obs. II, la circulation inter-kysto-placentaire semble disparaître vers la sixième semaine.

Effectivement chez cette femme, le souffle et le frémissement perçus au niveau du placenta disparurent à cette époque.

Je crois donc que six semaines environ après la mort du fœtus, les dangers de l'hémorrhagie causée par l'incision du placenta ne sont plus à redouter.



Le moment de l'intervention étant fixé, comment doit-on intervenir ? Doit-on toujours pratiquer la laparotomie ; doit-on, dans certains cas, préférer l'élytrotomie ?

Mon collègue Maygrier s'est déjà prononcé sur ce point; dans sa thèse d'agrégation. Comme lui, je pense que l'élytrotomie devra être préférée dans tous les cas où le kyste fœtal plonge profondément dans l'excavation, la vessie et l'utérus ayant été déplacés latéralement, et le placenta n'étant pas inséré à la partie inférieure du kyste.

Ces conditions, je les ai rencontrées dans ma première observation. Le kyste remplissait l'excavation, l'utérus était dévié à droite et la vessie rejetée tout à fait à gauche.

Le toucher m'avait permis de constater que le placenta n'était pas inséré en bas, et qu'entre la pulpe de mon doigt et les parties fœtales il n'y avait que l'épaisseur de la paroi du kyste.

J'étais donc certain que mon incision n'intéresserait ni l'utérus, ni la vessie, ni le placenta.

Je préférai dans ce cas l'élytrotomie à la laparotomie, pensant que l'écoulement du liquide se ferait beaucoup plus facilement.

Je persiste à croire bonne cette manière de faire, car l'irrigation continue du kyste, si elle était nécessaire, est bien plus facile à pratiquer après l'élytrotomie qu'après la laparotomie.

Dans les cas où les conditions que je viens d'énumérer ne se rencontrent pas, il faut pratiquer la laparotomie. C'est ce que j'ai fait dans les observations II et III.

Mais la laparotomie étant faite, doit-on chercher à enlever tout le kyste comme si l'on avait affaire à un kyste de l'ovaire, ou doit-on se contenter d'inciser le kyste fœtal, d'extraire le fœtus et attendre l'élimination du placenta ?

D'après les observations publiées, je pense qu'il est préférable de ne pas enlever le kyste. Enlever tout le kyste est peut-être plus chirurgical, mais c'est moins prudent.

L'on ne sait jamais à l'avance quelles sont les adhérences, et les difficultés que l'on pourra rencontrer pendant l'opération.

Les hémorrhagies sont à redouter, les lésions de l'intestin et de la vessie également.

Aussi je crois qu'il est plus sage, à moins d'être certain qu'il y a peu ou point d'adhérences : 1° d'inciser la paroi abdominale ; 2° le kyste étant à nu, de suturer ses parois aux bords de la plaie abdominale en circonscrivant un espace elliptique, puis d'ouvrir le kyste et d'extraire le fœtus.

Il me reste à discuter maintenant le *traitement consécutif.*

Le fœtus étant extrait, il reste une large cavité tapissée en un point par le placenta généralement très développé surtout en épaisseur. J'ai trouvé cette dernière de sept à huit centimètres dans deux de mes observations.

Je pense qu'il ne faut pas songer à décoller le placenta lorsqu'il est encore adhérent. Lorsque la mort du fœtus remonte à une date fort éloignée, on peut trouver le placenta décollé soit partiellement, soit entièrement. Les conditions sont alors bien différentes ; on peut essayer doucement et lentement d'achever le décollement effectué en partie, en ayant bien soin de s'arrêter immédiatement si la moindre hémorrhagie se produit.

Quand au contraire on opère quelques mois seulement après la mort du fœtus, je crois que toute tentative faite dans le but de décoller le placenta est dangereuse et doit être rejetée.

L'on doit attendre l'élimination spontanée de cet organe, et cette élimination se fait généralement, d'après les observations publiées et d'après ce que j'ai pu constater chez mes trois opérées, du 10e au 20e jour.

Il faut donc pendant cette période empêcher la putréfaction et s'opposer autant que possible à la résorption des produits septiques.

Lorsque l'élytrotomie a été pratiquée, il suffit pour cela, le cordon ayant été sectionné à son insertion placentaire, de

pratiquer l'irrigation continue ou fréquemment intermittente avec un liquide antiseptique. C'est ce que je fis dans l'observation I avec un plein succès.

Après la laparotomie, l'irrigation continue serait difficile à pratiquer. De plus tous les liquides antiseptiques ne pourraient être employés indifféremment sans danger.

On peut, ainsi que cela se fait assez généralement en Allemagne, bourrer la cavité kystique avec de la gaze ou de l'ouate iodoformée. Je n'ai pas adopté cette manière de faire, car je pense que la présence de la gaze indoformée empêche le retrait et l'accollement des parois kystiques.

Voici résumé, aussi brièvement que possible, le traitement consécutif auquel je m'arrêtai et qui fut employé dans les observations II et III.

Après avoir sectionné le cordon à son insertion placentaire, je lavai largement toute la cavité kystique avec une solution chaude aqueuse saturée de naphtol b., puis l'incision abdominale fut suturée à sa partie supérieure, de façon à ne laisser qu'une ouverture de 6 à 7 cent., c'est-à-dire suffisante pour laisser passer le placenta lors de son élimination. Deux gros drains furent placés à l'angle inférieur de la plaie et cette dernière recouverte de gaze phéniquée. De l'ouate en assez grande quantité et un bandage de corps compressif complétaient le pansement.

Matin et soir le lavage du kyste fut fait avec la solution de naphtol.

Dans l'observation II la température s'était élevée au moment du décollement placentaire ; je pratiquai l'irrigation continue avec le même liquide pendant 48 heures, puis, la température étant revenue à la normale, je repris les lavages bi-quotidiens. Au fur et à mesure que des portions placentaires se détachaient elles étaient entraînées en dehors par le fait de l'irrigation, ou je les sectionnais.

Je ne saurais trop insister sur les bénéfices que je retirai de l'emploi de la solution aqueuse et saturée de naphtol. Je ne sais vraiment avec quel autre liquide antiseptique j'aurais

pu, sans inconvénient, laver et irriguer cette vaste cavité kystique.

Après avoir interrogé le professeur Bouchard, ayant déjà constaté depuis longtemps, dans mon service, les propriétés de ce liquide que j'emploie exclusivement chez les albuminuriques, depuis que M. Bouchard en a fait connaître les avantages, je n'hésitai pas à l'employer dans le cas actuel. Je redoutais en effet, en raison de la stagnation du liquide dans cette large cavité, les dangers de l'intoxication avec les solutions phéniquée ou mercurielle.

Mon attente n'a pas été trompée. Il n'y eut aucun symptôme d'intoxication. L'élimination du placenta se fit sans qu'il y eût, pour ainsi dire, de mauvaise odeur. Le naphtol non caustique ne causa aucune sensation désagréable à l'opérée, et la plaie a toujours présenté le meilleur aspect. Je crois donc cet antiseptique appelé à rendre les plus grands services, lorsqu'il s'agira de laver et d'irriguer fréquemment de larges et profondes cavités.

Enfin je crois devoir appeler l'attention sur le danger qu'il y a à exercer la moindre traction sur le placenta, même alors que le décollement spontané commence à se produire.

Dans le désir bien légitime d'obtenir l'élimination complète de cet organe, on est tenté de hâter artificiellement le décollement. C'est ce qui m'est arrivé dans l'observation II. Après quelques tentatives, au moment où avec le doigt je cherchais à détruire quelques adhérences, il se produisit une hémorrhagie tellement grave qu'elle faillit emporter mon opérée.

Pour cette raison, je crois que l'abstention absolue est de rigueur.

En terminant, je ferai remarquer la rapidité avec laquelle se comble la cavité kystique. Les parois pressées de toute part par la masse intestinale, se rapprochent rapidement. En quinze ou vingt jours cette cavité disparaît. De plus les parois du kyste se résorbent de telle façon qu'après deux mois il n'en reste plus trace.

C'est au moins ce que j'ai pu constater chez mes trois opérées.

NOTE ET RÉFLEXIONS SUR UN CAS D'ABSENCE D'ANUS ET DE MALFORMATION DES ORGANES GÉNITAUX.

Par le Dr **Queirel**, de Marseille.

Le sujet dont il s'agit n'a vécu que quelques heures. La mère avait eu de nombreuses hémorrhagies, par suite d'une insertion anormale du placenta. L'enfant pesait 2,800 gr., bien conformé d'ailleurs, excepté dans la région que nous allons décrire.

Pas d'orifice anal, sillon médian interfessier bien marqué,

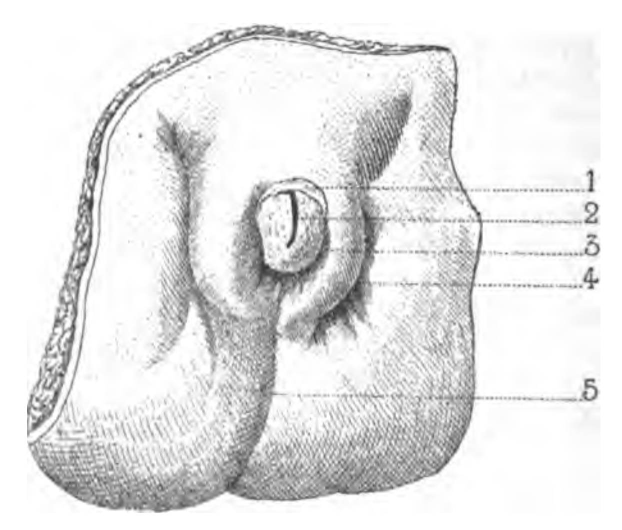


Fig. 1. — 1. Prépuce. — 2. Méat. — 3. Verge. — 4. Replis cutanés, simulant un scrotum vide. — 5. Sillon interfessier.

mais uni. Au devant du pubis, se voit un rudiment de verge, long d'un centimètre, de l'épaisseur du petit doigt ; au-dessous : deux replis cutanés, simulant un scrotum sans testi-

cules ; au-dessus : un repli cutané, assez semblable à un prépuce incomplet. L'extrémité libre, ou plutôt la partie antérieure de cet appendice pénien, est percée d'une fente, représentant le méat uréthral (fig. 1).

A la dissection : intestin vide, côlon descendant dilaté et plein de méconium ; vessie peu distendue. Entre ces deux derniers organes, se trouve une sorte de poche molle, à parois musculaires, comprenant l'intervalle qui existe entre eux, et

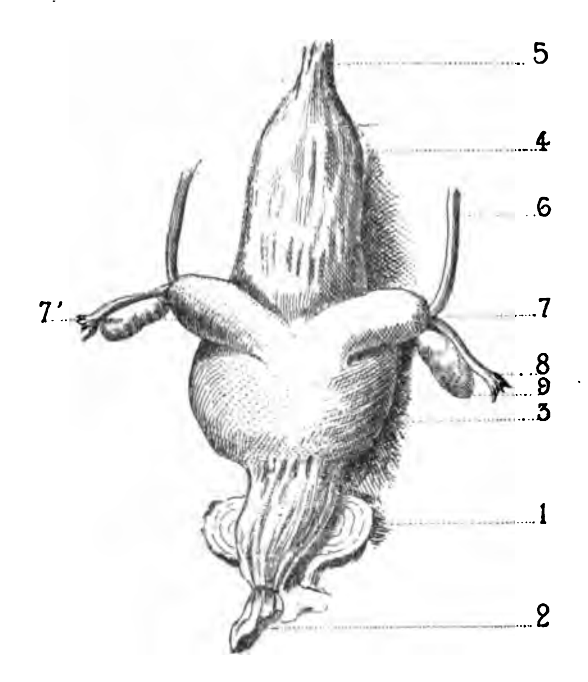


FIG. 2. — 1. Sacrum. — 2. Rectum lié. — 3. Cloaque. — 4. Vessie. — 5. Ouraque. — 6. Ligament rond. — 7. Utérus droit. Utérus gauche. — 8. Trompe. — 9. Ovaire.

sur laquelle semblent se greffer deux cornes utérines (fig. 2). Celles-ci se continuent en dehors, chacune avec une véritable trompe, à pavillon frangé et en contact avec un ovaire. Il existe aussi un ligament rond qui part de la partie moyenne de la corne et va se terminer dans le repli cutané, mentionné

plus haut, comme dans une grande lèvre ; on y voit, en effet, un canal de Nuck.

Le rectum s'insinue entre le sacrum et la face postérieure de cette poche, contracte des adhérences, au point de se confondre avec elle, dans la partie inférieure qui touche le plancher du bassin ; mais nulle part l'intestin n'arrive à contracter de rapport intime avec ce plancher.

De son côté la vessie, par sa face postérieure, adhère à cette même poche, si bien qu'en la soulevant et la tirant en avant, les deux cornes utérines donnent l'idée de deux vésicules séminales, par leur position et leurs rapports, mais non par leur aspect qui est celui de corps musculeux.

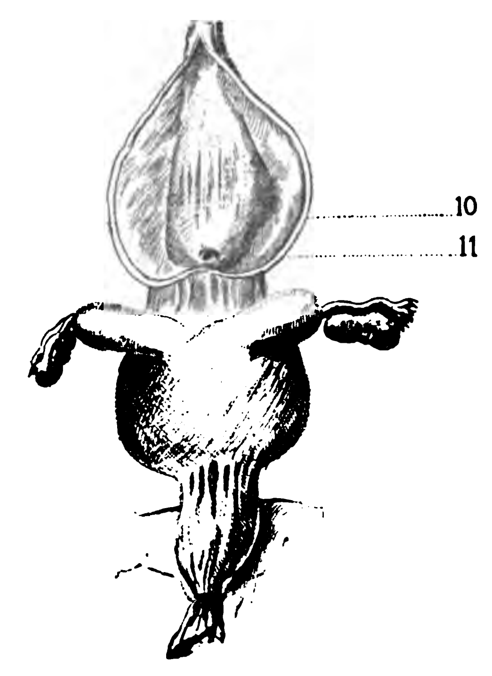


FIG. 3. — 10. Vessie ouverte. — 11. Ouverture du col vésical.

La vessie est normale et ne présente d'autre orifice que ceux des uretères et de l'urèthre (fig. 3). Ce canal se perd sous

le pubis, c'est le seul organe qui traverse le périnée et perfore les aponévroses et les muscles du plancher du bassin, ou les tissus cellulaire et fibro-musculaire qui en tiennent lieu.

La poche, véritable renflement kystique, et le rectum, soulevés, n'ont d'adhérence qu'avec les parois de l'urèthre. Si l'on introduit une sonde dans celui-ci, on trouve qu'il est libre et a son trajet normal, si au contraire on introduit l'instrument dans le rectum, sectionné au niveau du sacrum, on entre dans un cul-de-sac, au niveau de la paroi postérieure de la poche et l'on sent la sonde à travers celle-ci.

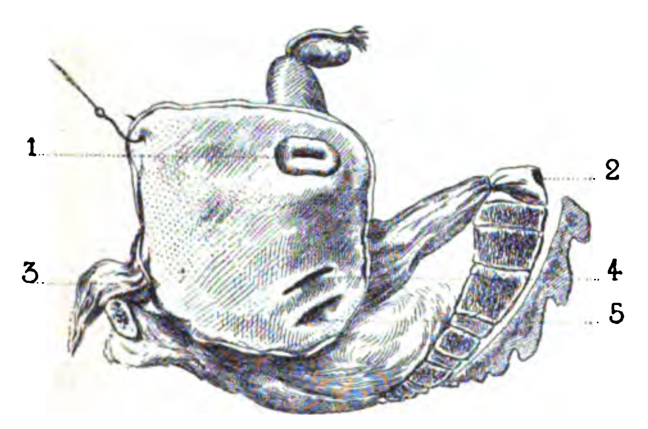


FIG. 4. — 1. Col utérin gauche. — 2. Rectum lié. — 3. Vessie renversée sur le pubis. — 4. Orifice du vagin droit. — 5. Orifice du rectum.

Cette poche, incisée par sa partie postérieure, laisse sortir un liquide épais et opalin, rappelant le liquide spermatique, mais qui n'est que du mucus (fig. 4). On est alors dans une cavité ampullaire, grande comme une coquille de noix ; c'est un vagin qui laisse voir le col utérin, véritable museau de tanche, très normal, puis deux ouvertures dans sa partie inférieure. De ces deux dernières l'une laisse pénétrer dans le rectum, c'en est l'orifice inférieur, comme qui dirait l'anus ; l'autre donne accès dans un cul-de-sac profond que l'on incise et au fond duquel se voit un second col utérin; c'est un second vagin (fig. 5).

Ainsi donc les deux cornes que nous voyions, avant d'avoir incisé la pièce, sont deux utérus distincts, ayant chacun leur trompe, leur ovaire et leur ligament rond. Toutes les annexes sont normales et les cavités utérines ne communiquent entre elles, ni par le fond, ni par le col. Les deux vagins se touchent, par une cloison médiane et commune, prenant insertion sur la paroi de l'urèthre, au-dessous de lui, et forment des culs-de-sac distincts autour de chaque col.

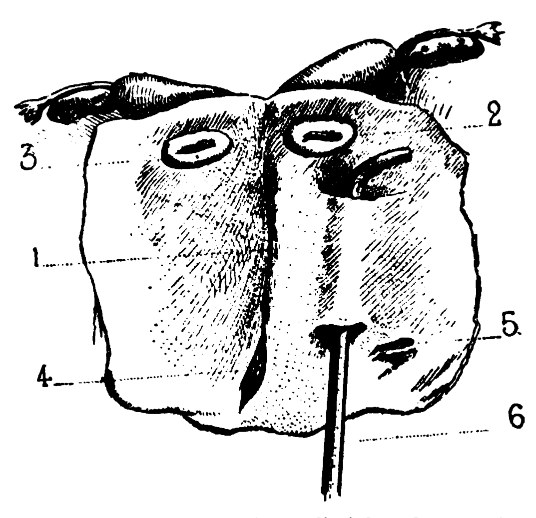


FIG. 5. — 1. Raphé médian formé par l'urèthre donnant insertion à la cloison. — 2. Col utérin droit. — 3. Gauche. — 4. Raphé ouvert laissant voir l'urèthre. — 5. Ouverture du rectum dans le cloaque. — 6. Crochet passant dans le vagin droit.

Les deux utérus incisés rappellent l'aspect, la forme et la constitution des matrices normales : corps, col avec ses orifices interne et externe, muqueuse avec les plis de l'arbre de vie, tunique musculaire propre, etc... (fig. 6).

Nous avons donc affaire ici à un fœtus féminin, ayant extérieurement la physionomie d'un mâle. La verge, percée par l'urèthre et l'absence d'ouverture au-dessous d'elle, entre les deux replis cutanés, simulant un scrotum vide, pou-

vaient faire croire à un cryptorchide avec épispadias, d'autant qu'en fendant le méat et la paroi supérieure du canal urinaire, on trouvait une véritable fosse naviculaire, avec des plis longitudinaux et des lacunes de Morgagni (fig. 7). Les corps caverneux n'étaient pas trop marqués et le tissu, plutôt graisseux que vasculaire qui paraissait les former, faisait comme une collerette à l'urèthre.



FIG. 6. — Un des utérus ouvert (grandeur naturelle).

Ce cas de tératologie nous a paru intéressant au double point de vue chirurgical et anatomique.

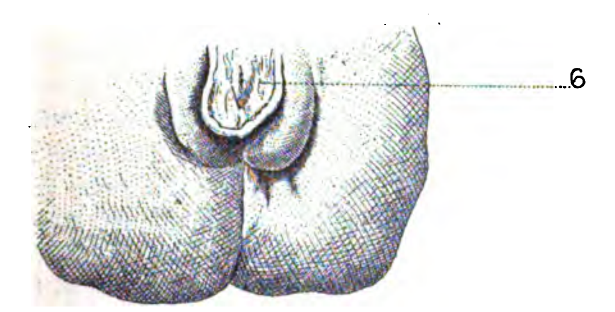


FIG. 7. — 6. Verge fendue laissant voir une fosse naviculaire.

Il montre une fois de plus que les imperforations rectales peuvent offrir des complications opératoires inattendues et cette observation plaiderait en faveur de la méthode de Littre, au moins comme méthode provisoire, toutes les fois qu'il faut intervenir rapidement.

Ici nous aurions eu de grandes difficultés, pour établir l'ouverture inférieure de l'intestin, car nous n'aurions pu arriver sur le rectum, placé trop profondément, et, en intéressant la poche vaginale seule accessible à notre bistouri, nous aurions pu croire avoir incisé la vessie, puisque nous pensions avoir devant nous un organisme mâle. En supposant que tout se fût bien passé, nous aurions pu aussi n'ouvrir que le vagin où le rectum n'aboutissait pas.

Je crois donc que la méthode de Littre, dans le cas où l'imperforation rectale n'existe pas seule, comme anomalie, ou quand la dépression anale n'est point accusée, est celle à laquelle on doit recourir tout d'abord.

Souvent dans les cas d'absence d'anus, chez les filles, le rectum s'ouvre dans le vagin ; chez les garçons dans la vessie. Quand le conduit vaginal n'est pas oblitéré le diagnostic est facile et c'est une malformation à laquelle on peut remédier en prenant son temps ou même laisser subsister, ce qui arrive quelquefois. Giraldès cite un cas, observé par Boyer, d'une femme qui, par sa profession pourtant, n'aurait pas été soupçonnée de cette dégoûtante infirmité.

J'ai opéré 4 cas d'anus imperforé : dans le premier, il n'y avait qu'une petite membrane d'apparence muqueuse à sectionner, pour établir l'ouverture normale, je n'en parle pas ; mais dans deux autres, l'extrémité ampullaire et fermée du rectum était assez profonde. Dans l'un, l'enfant guérit, c'était un garçon, pesant 3000 (août 1886), et si l'intestin se terminait en cul-de-sac, du moins il ne communiquait avec aucun organe; dans le dernier au contraire il s'ouvrait dans l'urèthre. L'opération se fit sans trop de difficulté en incisant profondément, l'enfant vécut deux jours. A l'autopsie nous constatâmes la communication du rectum et de l'urèthre, bien que durant la vie, l'urine, ni le méat n'eussent montré trace de méconium.

Cette présence du méconium dans l'urine est un signe précieux pour le diagnostic. Roux de Brignolles insistait beaucoup sur ce point et concluait à la communication de

l'intestin avec la cavité vésicale, si les urines étaient teintées de méconium ; ou seulement avec l'urèthre, si, les urines étant claires, il se montrait néanmoins quelques gouttes de liquide méconial au niveau du méat.

C'est ainsi qu'en assistant le Dr Villeneuve père, dans une opération d'anus imperforé, il fit remarquer cette particularité d'urine claire et limpide, tandis qu'une gouttelette verdâtre se montrait au bout du gland. Il en conclut que le rectum s'ouvrait non dans la cavité de la vessie, mais dans l'urèthre ; l'autopsie confirma les prévisions de ce praticien distingué.

Dans la thèse du Dr Simon Roux, frère du précédent, 1844, où j'ai pris ce dernier renseignement, on trouve une seconde observation du Dr Villeneuve père, qui a trait à un fœtus agame, présentant les signes extérieurs d'un organisme féminin. L'urèthre était la seule ouverture qui se montrât dans la région, et les langes de l'enfant, le second jour, étaient souillés, en un point circonscrit, par une tache verdâtre. A l'autopsie, on ne trouva aucune trace d'ovaire, de trompe, d'utérus ou de vagin, ni non plus de testicules, mais une sorte de poche entéro-uréthrale, divisée en deux compartiments, antérieur et postérieur. Le méconium contenu dans celui-ci, se déversait dans le premier, et pouvait passer par l'urèthre, qui était perméable ; cas à peu près semblable à celui rapporté par de West, où le côlon débouchait par une large ouverture à la partie supérieure de la vessie.

Dans ces cas de communication des organes urinaires avec l'intestin, si l'on est fixé sur le diagnostic de l'anomalie, on n'est pourtant pas sûr que le rectum soit facilement accessible au scalpel. En effet, ce dernier conduit s'arrête quelquefois très haut, au niveau de l'angle sacro-vertébral, par exemple, comme dans le cas opéré par Villeneuve. D'autres fois, au contraire, alors que rien ne met sur la voie de la situation de l'intestin, comme dans la quatrième espèce d'imperforation admise par Papendorf, on peut encore arriver sur l'ampoule rectale, entre les fibres du releveur de

l'anus et des sphincters, comme dans un cas souvent cité du Dr Roux de Brignolles, datant de 1833, et où l'opération, faite presque in extremis, fut couronnée de succès.

Howard, cité par Holmes, en 1865, opéra un garçon qui n'avait pas de trace d'anus et dont les tubérosités ischiatiques étaient très rapprochées. Il ne trouva pas l'ampoule rectale, la courbure sigmoïde était située à droite. Huguier prétend que cette inversion est la règle et certains auteurs s'autorisent de cette assertion pour conseiller d'opérer par la méthode de Littre du côté droit plutôt que du côté gauche, à l'encontre de ce qu'avait recommandé Amussat.

Dans notre cas, le rectum s'ouvrait dans le vagin droit, mais on aurait pu l'atteindre par la fosse iliaque gauche.

Il n'entre pas dans notre programme d'étudier toutes les variétés que peut affecter l'imperforation anale ; nous avons voulu seulement signaler un fait nouveau qui témoigne que la cure chirurgicale de cette malformation est une véritable boîte à surprise.

Au point de vue anatomique, ce cas est aussi fort curieux et l'on peut se demander comment et quand s'est produite cette anomalie complexe ?

C'est vers la quatrième semaine que la communication entre l'intestin inférieur et l'extérieur existe ; c'est donc avant que la dépression anale ne se soit accentuée qu'a dû s'arrêter le travail du feuillet externe et le cloaque ne s'est point ouvert au dehors. De même pour l'orifice vulvaire.

Du côté des organes génitaux urinaires internes, le travail plastique de l'allantoïde s'est accompli normalement, tandis que les conduits de Müller s'arrêtaient dans leur évolution au moment où, réunis dans leur partie inférieure, comme le double canon d'un fusil, la résorption de la cloison allait commencer. Le rectum, probablement distendu, s'ouvrant dans un des deux vagins, a dérangé le travail organique qui allait achever la coalescence des deux conduits et la distension vaginale à son tour l'a déterminé à son profit.

D'après Kölliker, la soudure des canaux génitaux tombe-

rait dans la fin du deuxième mois ; à trois mois, l'utérus n'est plus que bicorne. C'est donc probablement dans la première quinzaine du deuxième mois que l'arrêt de développement s'est manifesté sur ces organes.

Il serait plus difficile d'expliquer l'évolution du canal uréthral, et cette sorte d'épispadias qui se rencontre plus fréquemment dans les fœtus mâles. Serait-ce cette inversion uréthrale qui aurait entraîné le défaut d'ouverture vulvaire, et aurions-nous là un degré exagéré de la bride masculine décrite par M. Pozzi ?

Nous avouons ne pouvoir résoudre la question, et nous nous bornerons à signaler ce fait anormal.

Les planches qui accompagnent notre travail, mettront sous les yeux du lecteur les anomalies que nous avons exposées.

Enfin, le 4e cas que nous avons opéré est tout récent, nous le rapportons ici succinctement.

Le 26 janvier 1889, j'opérais une petite fille de trois jours, dont le rectum s'ouvrait dans le vagin à un centimètre environ de l'hymen. La place de l'anus étant dessinée par une petite élevure cutanée, mais complètement imperforée. Les matières fécales sortaient par la vulve, mais en petite abondance, et le ventre commençait à se ballonner. L'opération fut assez laborieuse, et le rectum n'aboutissait à la paroi postérieure du vagin que par un tout petit orifice, extrémité finale de l'intestin rétréci. La dilatation ampullaire du rectum était profonde, et il fallut inciser trois centimètres d'épaisseur de tissu pour l'ouvrir dans de bonnes conditions.

Cet organe ouvert, débridé et vidé, fut ensuite attiré vers la peau, et suturé par trois points, dont un antérieur. Si nous ne nous livrâmes pas à une dissection des bords de l'ouverture anormale, pour ne pas prolonger la durée de l'opération, du moins eûmes-nous la satisfaction de voir se fermer quand même cet orifice au bout de trois jours. En effet, au bout de ce laps de temps, le liquide des injections rectales, pratiquées matin et soir, ne passa plus par le vagin. Le seul

inconvénient qui prolongea la durée du traitement, fut le rétrécissement de l'orifice anal que nous dûmes dilater pendant trois semaines, mais les fonctions digestives se sont toujours bien accomplies.

OPÉRATION CÉSARIENNE

PRATIQUÉE POUR UN RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN, AVEC SUCCÈS POUR LA MÈRE, A L'HOTEL-DIEU DE PONTOISE

Par **A. Crimail**, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Pontoise.

Le 1er octobre 1888, à ma visite du matin, je trouvai dans la salle d'accouchement de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Pontoise, une femme qui venait d'y entrer, envoyée par M. le Dr Cesbron de Marines, avec le diagnostic de rétrécissement du bassin.

Les douleurs avaient commencé la veille vers midi et la poche des eaux s'était rompue vers six heures du soir : la sage-femme fit appeler dans la nuit le Dr Cesbron qui, pensant que l'accouchement ne pourrait se faire par les voies naturelles, avait fait conduire la parturiente à l'Hôtel-Dieu de Pontoise.

Adèle C..., 22 ans, domestique, n'a jamais été malade, son père est mort subitement à l'âge de 40 ans. Sa mère est forte et bien portante, cinq sœurs et un frère tous en très bonne santé et bien constitués. Adèle C. a marché vers treize mois, mais n'a jamais eu de claudication, de douleurs ni dans les membres ni dans le bassin ; son développement s'est fait normalement.

Les époques menstruelles ont apparu la première fois à 15 ans, et depuis cette époque elles ont été très régulières jusqu'au moment de la grossesse qui a été très bonne.

Le thorax, fig. 1 et fig. 2, est très développé par rapport aux membres supérieurs et inférieurs, la colonne vertébrale ne présente aucune incurvation ni déviation ; les membres

supérieurs et inférieurs sont régulièrement petits, très droits et n'offrent aucune incurvation ni trace de rachitisme.

Le corps (1) a une hauteur totale de 1m,28.

La longueur des bras, prise de l'apophyse acromiale à l'extrémité inférieure du médius, est de.......	0m,51c
Soit : de l'apophyse acromiale à l'olécrâne...	0m,19c
De l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus...	0m,17c 1/2
De l'apophyse styloïde à l'extrémité du médius..	0m,14c 1/2
La longueur du membre inférieur, prise de l'épine iliaque antérieure et supérieure au sol, est de.	0m,59c 1/2
Soit : de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la tête du péroné....................	0m,28c
De la tête du péroné à la malléole externe.....	0m,27c 1/2
De la malléole externe au sol..................	0m,04c

Avec le pelvimètre Collin je trouve entre les épines iliaques antérieures et supérieures 20c 1/2 et entre le milieu des crêtes iliaques 23c 1/2, mesures qui, sur un bassin normal, doivent être de 23c et de 26c. Les autres mensurations, prises avec le pelvimètre, sont inférieures aux mesures prises sur un bassin normal ; mais elles sont uniformément inférieures et les rapports des unes aux autres restent les mêmes que sur un bassin normal.

La mensuration digitale donne pour le diamètre antéro-postérieur, 0 m. 06 c. ; retranchant alors suivant le conseil des auteurs 0 m. 012 millim. cela donne un diamètre antéro-postérieur de 0 m. 048 millim.

C'est donc un bassin uniformément rétréci chez une naine non rachitique.

Au toucher je trouve une dilatation complète, la poche des eaux est rompue et le cordon, dans lequel on ne perçoit plus aucun battement (cette absence de battements avait déjà été

(1) Ces mensurations ont été prises après la guérison, la mensuration digitale seule avait été prise avant l'opération.

constatée par M. le Dr Cesbron), pend dans le vagin, la tête n'est pas engagée mais se présente en O.I.G.T.

Après mon premier examen je priai mes collègues de l'hôpital, MM. les Drs Bibard et Meunier, d'examiner cette



femme et de me donner leur avis au sujet de la meilleure ligne de conduite à suivre :

N'ayant pas à notre disposition de basiotribe, ne possédant qu'un céphalotribe et pouvant d'autre part assurer une antisepsie aussi rigoureuse que possible, mes confrères et moi avons été d'avis de ne faire aucune tentative pour terminer

l'accouchement par les voiés naturelles, mais de pratiquer immédiatement l'opération césarienne qui, suivant nous, offrait beaucoup de chances de succès pour la mère ; car, comme le Dr Cesbron l'avait constaté avant d'envoyer sa ma-



lade à Pontoise, l'enfant était mort depuis la veille au soir.

L'Hôtel-Dieu de Pontoise n'est pas riche en salles d'isoiement, aussi mes confrères et moi fûmes-nous d'avis d'opérer dans la salle d'accouchement après y avoir fait marcher pendant plus d'une heure un pulvérisateur à vapeur phéniquée ;

je surveillai moi-même la désinfection parfaite des instruments, de nos mains et fis donner une injection à la liqueur de Van Svieten.

Toutes ces précautions antiseptiques prises je me disposai



à pratiquer mon opération avec le concours bienveillant et éclairé de MM. les Drs Bibard et Meunier, assistés des sages-femmes du service, Mmes Fromentin, Delaplace et Durieux.

Après le lavage antiseptique de l'abdomen, je fis l'incision de la peau et du tissu cellulaire à partir d'un centimètre en-

viron au-dessous de l'ombilic jusqu'à la naissance des poils du pubis ; pour éponger le sang je me servis, comme du reste pendant tout le cours de l'opération, de tampons de ouate iodoformée ; la couche musculaire, peu épaisse, étant sectionnée de même que le péritoine en deux temps différents, je tombai sur l'utérus. Jusqu'ici perte de sang presque nulle, des pinces étant immédiatement placées sur les vaisseaux : des serviettes chaudes placées autour de l'utérus sont maintenues assez fortement pour bien appliquer les parois abdominales contre l'utérus : j'incise alors la matrice sur la ligne médiane dans une étendue de onze centimètres environ ; à ce moment, hémorrhagie très abondante, aussi me hâtai-je de faire l'extraction du fœtus et du placenta et de nettoyer la cavité utérine avec des tampons de ouate iodoformée : je fus même forcé de lier deux artères utérines qui donnaient beaucoup de sang. Alors, sans aucune perte de temps, je fis avec l'aiguille de Reverdin que j'enfonçai dans le tissu utérin, sans toutefois pénétrer dans la cavité, dix points de suture avec le crin de Florence. Aussitôt l'hémorrhagie s'arrêta et l'utérus commença à se contracter. La suture de l'utérus terminée, je fus forcé de faire la toilette du péritoine, car, malgré toutes les précautions prises, un peu de sang était tombé dans le petit bassin : je me servis encore pour cela de tampons de ouate iodoformée. Cela fait, je plaçai douze points de suture sur le péritoine et fermai enfin la plaie abdominale par onze points de suture dont cinq profonds. Pansement iodoformé et ouaté.

L'opération et le pansement ont duré environ une heure, l'opérée a très bien supporté le chloroforme, et à son réveil est aussi bien que possible.

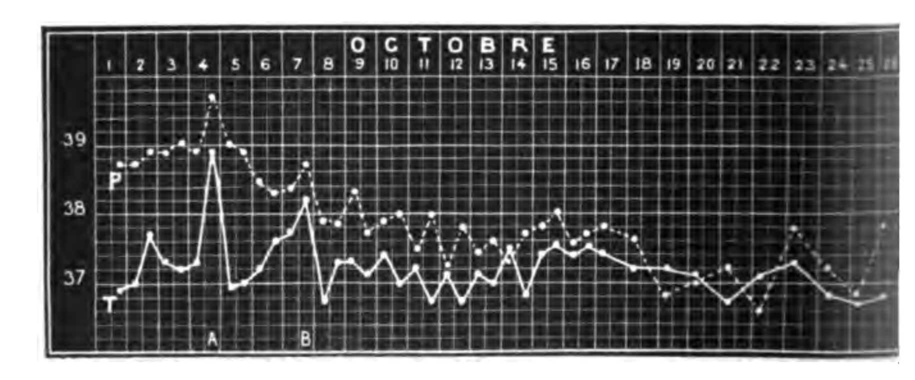
N'ayant qu'une seule garde à la Maternité, je fis rester la mère de la malade près d'elle et chargeai les sages-femmes de faire elles-mêmes les lavages et les injections.

Prescription : Alimentation légère, mais fortifiante ; vin de Bordeaux, champagne. Les 2 premiers jours, 3 injections avec le bock Pinard rempli de 500 grammes d'une solution

de bichlorure de mercure au 2/1000 : lavages avec cette solution et les tampons de ouate iodoformée, maintien d'un tampon de cette ouate constamment en avant de la vulve.

Le soir même de l'opération la miction se fit sans qu'on fût obligé d'avoir recours à la sonde, aucune douleur dans le ventre, pas de vomissements,

Les suites des couches furent normales, les lochies louables et le thermomètre ne dépassa 38° que deux fois. Or ces deux jours étaient précisément des jours de visites et il



est à penser que, malgré ma défense, on ne soit allé voir la malade et la faire causer. Le second jour il y eut une garde-robe naturelle et, à partir de ce moment, tous les matins la malade allait à la selle. Le septième jour j'enlevai les points de suture abdominale. Au niveau de deux de ces points, sur une longueur d'un demi-centimètre, la peau n'était pas cicatrisée : quelques jours après ces endroits étaient réunis et la cicatrice complète. Jamais l'utérus n'a été douloureux ni le ventre ballonné : les lochies constamment normales et sans odeur ont suivi leur cours régulier. Le 17e jour l'utérus était revenu dans le petit bassin. Le 21e jour la malade s'est levée et a été transportée dans la salle commune. Enfin le 30 novembre, c'est-à-dire 40 jours après l'opération, Adèle C. quitte l'hôpital complètement guérie.

Lors de sa sortie le ventre était très souple, l'utérus revenu à l'état normal, bien qu'un peu plus volumineux. La veille de la sortie apparaît le retour de couches, mais la malade persiste néanmoins à demander son exeat pour le lendemain.

Je joins à ces notes le tableau graphique de la température et du pouls, de même que les photographies que j'ai fait faire le 1er novembre, soit 30 jours après l'opération et qui montreront mieux que toutes les explications la conformation du corps de cette femme.

Dans un entretien que j'ai eu l'honneur d'avoir avec M. le Dr Pinard, il me disait que j'aurais dû, l'enfant étant mort, pratiquer au lieu de l'opération césarienne la basiotripsie et que j'aurais eu le même résultat sans faire courir à la mère les dangers que peut entraîner l'ouverture de la cavité abdominale. Cela est fort possible, mais il faut songer que dans nos petits hôpitaux de province nous sommes fort mal outillés la plupart du temps (l'hôpital de Pontoise ne possède pas un seul instrument).

Il y a une dizaine d'années, ayant eu affaire à un rétrécissement du bassin, moins considérable que celui-ci, je m'étais procuré un céphalotribe; mais depuis n'ayant pas eu d'autres malformations j'avais toujours ajourné l'acquisition d'un basiotribe. Je n'avais donc le choix qu'entre une céphalotripsie et une opération césarienne et je n'ai pas hésité un seul instant, persuadé que, vu le rétrécissement : 0m,048, je ferais courir bien plus de dangers à la mère par une céphalotripsie, qui naturellement aurait été fort laborieuse, que par une opération césarienne faite avec toutes les précautions antiseptiques dont je me suis entouré.

Il est à penser que cette femme redeviendra enceinte; si elle vient me trouver (bien que je lui aie recommandé de venir avant la fin de son septième mois de grossesse et si l'enfant est mort, je suivrai alors sans hésitation le conseil de M. Pinard, et pratiquerai la basiotripsie.

DE QUELQUES ANOMALIES DANS LE DÉVELOPPEMENT ET LA FONCTION DES GLANDES MAMMAIRES DE LA FEMME (1).

Par le Dr **Otto Engstrom**, professeur agrégé (Helsingfors).

Il y a encore des cas de mamelles supplémentaires qu'il est difficile de reconnaître sur le sujet vivant, à moins de circonstances particulièrement favorables. Ce sont les mamelles surnuméraires sans mamelon. Tel est un cas rapporté par *Hare* (2) ; la mamelle en question était de la grosseur d'une noix et située dans l'aisselle droite. Il n'y avait pas trace de mamelon, et le lait s'écoulait par une toute petite ouverture, à peine plus grosse que les pores de la peau. La femme avait antérieurement mis au monde et allaité six enfants ; ce n'est qu'au septième qu'elle remarqua le gonflement et la sécrétion de lait dans l'aisselle.

Il est une circonstance qu'il ne faut pas oublier quand il s'agit de juger de la fréquence de la polymastie : c'est la répugnance à faire connaître cette difformité. Si une femme a remarqué qu'elle a une mamelle surnuméraire, elle sera naturellement peu portée à en parler, il s'ensuit nécessairement qu'un bon nombre de cas restent ignorés.

Il en est évidemment de même des mamelons surnuméraires. Ils sont découverts et diagnostiqués moins souvent que cette anomalie n'arrive en réalité.

Et si un cas se présente, il est quelquefois difficile, impossible même de décider si c'est un cas de mamelle ou de mamelon surnuméraire. Si le mamelon surnuméraire est entouré de tissu glanduleux et forme ainsi une région nettement limitée, la chose est toute simple, c'est indubitablement une polymastie. Si au contraire le tissu glanduleux n'est pas appréciable à la palpation et ne se manifeste pas par la

(1) Voir *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, février 1889.

(2) On a case of secretion of milk from the right axilla. *Lancet*, 1860, v. II, p. 405.

sécrétion du lait, on ne peut pourtant pas en nier absolument l'existence, et le cas reste douteux. En revanche, il y a indubitablement polythélie quand deux ou plusieurs mamelons ont une aréole commune. Mais il n'en est pas de même quand le ou les mamelons surnuméraires sont situés sur l'un ou l'autre sein. Si alors la masse glanduleuse, en rapport avec le mamelon surnuméraire, ne peut se distinguer nettement de la glande principale, on est porté, et jusqu'à un certain point autorisé, à admettre qu'il s'agit d'une glande mammaire à plusieurs mamelons. Mais on ne peut pas prouver sur le sujet vivant qu'il n'y a pas en réalité une masse glanduleuse distincte, n'ayant de commun avec la glande principale que le pannicule adipeux et la peau qui le recouvre. L'examen anatomique peut seul confirmer le diagnostic. Je n'ai observé qu'un seul cas indubitable de polymastie (1), je résume ici cette observation :

1. Gustava Adolphine N., 25 ans, femme d'ouvrier. Helsingfors. 7 décembre 1886. Les mamelles présentent un tissu glanduleux bien développé ; elles sont un peu pendantes et contiennent du lait en abondance ; les mamelons et les aréoles n'offrent rien de particulier. Sous le sein gauche, un peu en dedans de la ligne mammaire et caché par elle, un mamelon surnuméraire d'environ 3/4 de cent. de long sur 1/2 cent. d'épaisseur ; la palpation ne révèle pas de substance glanduleuse distincte, mais en pressant sur la région avoisinant immédiatement le mamelon surnuméraire, on en fait sortir deux ou trois gouttes d'un liquide lacté, qui, à l'examen microscopique, se trouve composé d'une quantité de globules graisseux, libres, de grosseur inégale, et de quelques globules de colostrum. La femme est d'ailleurs normalement constituée. Elle a mis au monde deux enfants vivants, venus à terme, le dernier il y a quelques mois. Elle ignorait cette anomalie, et n'a pas entendu parler de cas semblables dans sa parenté.

(1) Chez trois autres femmes j'ai trouvé des « *formations* » où il n'est guère possible de voir autre chose que des rudiments de mamelles surnuméraires. Mais comme elles n'ont pas, jusqu'ici du moins, sécrété du lait, je dois encore les considérer comme de nature douteuse.

J'ai déjà raconté comment je fus amené à diagnostiquer ce cas. La femme ne ressentait aucun malaise de sa mamelle surnuméraire, qui sécrétait d'ailleurs du lait en si petite quantité que son linge en était à peine humecté.

Dans l'observation suivante il faut voir, selon toute probabilité, un cas de polythélie :

2. Maria A., 26 ans, domestique, Helsingfors.

Le 25 octobre 1887. Les seins sont gros, un peu pendants, la substance bien développée, le lait abondant. Les mamelons normaux, grands, proéminents. Sur le sein gauche, à gauche, un peu en dedans de la ligne médiane, à environ 2 cent. au-dessus du pli entre le sein et la paroi thoracique, se trouve un mamelon bien formé, large de 3/4 de cent. sur autant de haut, un peu déprimé au centre, de couleur brune et entouré d'une aréole brune, d'environ 2,5 cent. de diamètre. Si l'on presse sur les parties voisines de ce mamelon, il en sort avec abondance du lait, qui, au microscope, se trouve contenir une infinité de globules gras, de grosseurs différentes, et quelques globules de colostrum. Ni l'inspection ni la palpation ne permettent de constater une masse glanduleuse distincte de la glande principale. La femme, qui avait remarqué ce mamelon sans en comprendre la nature, a mis au monde le 5 de ce mois un enfant vivant, venu à terme. Je découvris l'anomalie en la visitant pour juger *de ses qualités* de nourrice. Elle n'a pas entendu parler de cas semblables dans sa parenté.

Dans ce cas, comme dans la plupart des observations faites jusqu'ici, le mamelon surnuméraire est situé au-dessous du mamelon normal, un peu en dedans de la ligne médiane. Il est à gauche, comme c'est en effet le plus souvent le cas.

L'hérédité qu'on a cru quelquefois remarquer dans les anomalies de ce genre, n'a pas pu être constatée dans les cas ci-dessus.

3. — *Sécrétion de lait indépendamment d'une grossesse.*

A part la sécrétion mammaire qui a très souvent lieu chez les nouveau-nés, le fonctionnement des glandes mammaires est, nous l'avons dit, intimement lié aux modifications de l'organisme féminin qui accompagnent la grossesse. Il faut donc considérer comme une anomalie toute sécrétion de lait se produisant indépendamment d'une grossesse actuelle ou passée.

Cette anomalie se présente rarement ; on l'a même souvent révoquée en doute. *Beigel* (1), *Capron* (2), *Duval* (3), *Montgomery* (4), *Puech* (5), et d'autres, ont recueilli des observations éparses dans la littérature médicale. On en trouve aussi mentionnées dès les temps anciens. Mais ces données ne sont pas nombreuses, et ne sont certainement pas toutes dignes de foi. L'extraordinaire et le bizarre n'ont que trop d'attrait pour l'imagination, et émoussent facilement la faculté d'examiner les faits de sang-froid ; aussi n'y a-t-il pas de doute que, dans les temps anciens surtout, bien des cas aient été cités et compris comme exemples de cette anomalie, lesquels ne l'étaient en réalité point du tout. Et il faut bien en effet que cette anomalie soit rare, pour que des hommes d'une très grande expérience aient pu considérer la présence de lait dans les mamelles comme un signe infaillible d'une grossesse actuelle ou récente.

Toutefois, il est maintenant avéré qu'il peut y avoir sécrétion de lait aussi bien chez des jeunes filles avant la puberté, que chez des femmes qui n'ont pas conçu, ou même qui n'ont

---

(1) *Die Krankheiten d. weiblichen Geschlechtes.* Erlangen. Stuttgart, 1874-75.

(2) *Des anomalies de la sécrétion mammaire.* Thèse, Paris, 1877.

(3) *De la sécrétion mammaire non puerpérale.* Thèse, Paris, 1881.

(4) *On exposition of the signs and symptoms of pregnancy*, 2e, éd. London, 1856, p. 120 et sq.

(5) *Les mamelles et leurs anomalies.* Paris, 1876.

pas eu de rapports sexuels. La succion prolongée des mamelons a quelquefois provoqué une abondante sécrétion de lait. Telles sont les observations rapportés par *Baudelocque* (1), *Depaul* (2), *Duval* (3).

On a d'ailleurs fait sur les animaux des observations tout à fait analogues. Ainsi *Hervez de Chégoin* (4) raconte qu'une jeune chèvre, qui n'avait jamais été couverte, fut tetée par un chevreau, et qu'au bout de quelques jours elle eut assez de lait pour pouvoir l'allaiter. *Legroux* (4) a vu une jeune chienne qui, entendant crier un petit chien, lui donna à teter ses mamelles; il lui vint du lait et elle l'allaita.

Mais ces cas de sécrétion abondante sont si rares que ce sont toujours les mêmes qu'on voit cités dans tous les ouvrages traitant spécialement des mamelles et de leurs fonctions.

En revanche, une sécrétion peu abondante, consistant en un suintement goutte à goutte, dans les mêmes circonstances, est loin d'être aussi rare, bien que peu commune. Des observations de ce cas ont été faites par *Beigel* (5), *Hennig* (6), *Montgomery* (7), *Ribemont* (8), *Scanzoni* (9), *Zweifel* (10).

J'ai eu l'occasion d'observer quelques cas de cette anomalie. Je remarquerai dès d'abord que je ne cite que des cas de sécrétion mammaire chez des femmes n'ayant jamais conçu. En effet, la présence de lait dans les seins même plusieurs années après une grossesse ne prouve pas qu'elle en soit indépendante. On sait en effet que la sécrétion du lait en

(1) *L'art des accouchements*. Tome I, p. 188.

(2) *Leçons de clinique obstétricale*. Paris, 1872, p. 182.

(3) *Loc. cit.*, p. 43.

(4) *Gazette hebdomadaire*, t. IV, Paris, 1837, n° 3, p. 44.

(5) *Loc. cit.*

(6) *Monatschrift f. Geburtskunde*, Bd 23, p. 109.

(7) *Loc. cit.*

(8) DUVAL. *Loc. cit.*, p. 46.

(9) *Loc. cit.*

(10) *Lehrbuch d. Geburtshülfe*. Stuttgart, 1867, p. 108.

petite quantité peut se prolonger pendant un grand nombre d'années, et j'ai observé moi-même des cas où, des années après le dernier accouchement, une pression sur les seins faisait couler quelques gouttes de lait.

Les observations que je rapporte ici en abrégé sont toutes de ma pratique privée.

1. Sara K., 36 ans, juive. Helsingfors.

Les règles, apparues à l'âge de 17 ans, sont revenues régulièrement tous les mois, et duraient d'abord 6 ou 7 jours, mais dans les dernières années 3 ou 4 jours seulement ; elles sont toujours très douloureuses. La malade n'a jamais été grosse. Il y a huit ans, un médecin diagnostiqua une tumeur dans l'abdomen ; celle-ci avait déjà atteint une grosseur telle que la femme pouvait elle-même se convaincre de sa présence. Le 12 février 1884, j'extirpai un kyste dermoïde colossal partant de l'ovaire droit et en partie intra-ligamenteux. Après la guérison, qui se fit rapidement et sans accident, l'opérée se sentait bien et n'avait pas d'autre désir que d'avoir un enfant.

Le 22 octobre 1884, elle se présenta de nouveau chez moi. Depuis l'ovariotomie ses menstrues étaient revenues régulièrement tous les 26 jours, avec une durée de deux jours et sans fortes douleurs.

A partir du milieu de l'été, les seins sécrétaient du lait, assez pour que le linge en fût constamment mouillé. Les seins étaient un peu plus fermes et les aréoles un peu plus foncées. Les menstrues étaient, en outre, devenues moins abondantes, et la femme souffrant de nausées et d'autres troubles dyspeptiques, elle se crut enceinte. Voici, après examen, son état actuel : mamelles fortes, un peu pendantes. Aréoles brun foncé. Une pression, même légère, fait sourdre de chaque mamelon quelques gouttes de lait d'un blanc bleuâtre. L'utérus est mobile, à parois minces, placé un peu à gauche ; sa longueur intérieure est de 8,5 centim. (avant l'opération, 12 centim., par la tension de la tumeur). Portion intra-vaginale de l'utérus pâle et sans rien d'anormal. Pas d'exsudats ni de sensibilité douloureuse dans le bassin et la cavité abdominale. La femme a un peu engraissé, mais à part cela, il n'y a rien à noter sur son apparence. Elle a peine à me croire quand je lui dis qu'elle n'est pas enceinte.

2 février 1885. Depuis le mois d'octobre dernier j'ai visité

deux ou trois fois la patiente, sans rien trouver de changé dans son état. Maintenant elle est encore un peu engraissée. Les règles ont, les dernières fois, duré 3 jours. Sécrétion mammaire comme auparavant.

27 mars 1886. Les seins sont un peu mous, mais donnent encore, quand on les presse, quelques gouttes d'un lait aqueux. Pendant l'année écoulée, j'ai vu la patiente de temps en temps, le 26 février 1887. La pression fait suinter de chaque mamelon quelques gouttes de liquide d'un blanc jaunâtre ; vu au microscope ce liquide se compose d'un grand nombre de globules gras, libres, et de quelques globules de colostrum. L'utérus et les parties annexes sont libres. Les menstrues normales.

2. Mme Thérèse W., 28 ans, femme d'officier, Russe. Helsingfors.

13 septembre 1884. La patiente s'est mariée au mois de février de cette année ; aussitôt après il se forma une tumeur sur le bord interne de la grande lèvre gauche ; la douleur qu'elle en ressentait rendait toute cohabitation impossible. Dans le courant de l'été, elle fut traitée par le Dr Tarnoffsky à St-Pétersbourg ; une incision fit écouler beaucoup de pus. Les 3 dernières menstrues ont été peu abondantes, mais régulières. Depuis 4 mois, les seins ont commencé à gonfler, les glandes de Montgomery sont devenues plus saillantes, les aréoles plus foncées, l'abdomen a grossi, et la patiente a été prise de nausées. Aussi se croit-elle enceinte et a peur de l'accouchement, bien que le Dr Tarnoffsky lui ait déjà affirmé qu'elle n'est pas grosse. A l'examen, l'utérus n'est pas agrandi, il est fléchi en avant, mobile. La sécrétion utérine est augmentée, claire. Entre la grande et la petite lèvre gauches, il y a une petite place non recouverte de muqueuse, présentant un tissu légèrement infiltré et très douloureux au toucher. Le tissu glanduleux des seins est bien développé ; les glandes de Montgomery proéminentes ; les aréoles brunâtres. La pression fait écouler goutte à goutte de chaque mamelon un colostrum jaune. Du reste aucun signe de grossesse actuelle ou passée. La patiente est érotique à un haut degré ; l'attouchement de ses seins avec ses propres mains suffit à la mettre dans un état d'exaltation sexuelle. Elle est très heureuse de n'être pas enceinte et ne désire pas d'enfants.

3. Mlle Edla L., 34 ans, Raumo, s'est présentée chez moi le

22 avril 1885. Réglée à l'âge de 15 ans environ, ses menstrues sont revenues régulièrement tous les 26 jours, et durent 5 jours toujours accompagnées de vives douleurs, jusqu'à l'obliger souvent à garder le lit. Ces dernières années elles ont été moins abondantes, et la dysménorrhée a diminué. Depuis 6 ans, Mlle L. souffre de douleurs lancinantes dans les seins, surtout dans le sein gauche; ces douleurs surviennent à la suite d'émotions, de refroidissement, ou accompagnent la menstruation. En même temps, les mamelons, surtout le gauche, ont commencé à laisser écouler en petite quantité un liquide jaunâtre. L'examen donne le résultat suivant. Utérus long de 8 cent., fortement fléchi en avant, mobile. Portion intra-vaginale conique, d'un rouge un peu bleuâtre. Orifice externe rond, avec une érosion en arrière à peine visible ; sécrétion utérine augmentée, épaisse, presque muqueuse. Les parties annexes libres. Le sein gauche légèrement douloureux au toucher ; pas de chaleur ou de rougeur ; le tissu glanduleux bien développé. Le sein droit n'est pas douloureux, il est un peu plus petit que le gauche ; son tissu glanduleux est également bien développé. Les mamelons des deux seins laissent échapper une petite quantité de liquide jaune, peu épais ; si l'on presse, le liquide s'écoule abondamment, mais non en jet, et davantage du sein gauche. L'état de nutrition de la patiente est bon, elle est plutôt maigre que grasse, très nerveuse, a déjà été traitée pour maladie de femme. A part l'état des seins, il n'y a aucun signe d'une grossesse actuelle ou passée.

Je prescrivis le bromure de potassium, l'arsenic et les amers : l'endométrite fut traitée localement. Au cours du traitement, l'écoulement spontané du lait cessa, et le 10 juin on n'en pouvait plus même faire sortir par la pression. Les élancements dans les seins avaient aussi diminué. L'endométrite était presque guérie, et le système nerveux de la malade était beaucoup calmé. Elle désira retourner dans sa famille

4. Amalia T., 35 ans, paysanne de Leivonmaki, se présenta chez moi le 20 novembre 1885. Les menstrues, qui ont débuté vers 15 ans, sont revenues assez régulièrement tous les mois jusqu'à il y a trois ans, alors qu'elles revinrent pendant quelques mois avec deux semaines seulement d'intervalle ; leur durée est de 6 ou 7 jours ; pendant les premiers jours il y a de vives douleurs des reins, et aussi, pendant les premiers temps, mais plus ces dernières années, des maux de tête. Depuis plus de dix ans, la



femme est obligée pendant les premiers jours de la menstruation, de se tenir debout ou assise, car aussitôt qu'elle veut se coucher, elle a beaucoup d'oppression. Elle souffre en outre de flueurs blanches et de douleurs de reins depuis quelques années. Au commencement de 1878, elle a été en traitement à l'hôpital d'Helsingfors pour une affection cardiaque. Elle s'est mariée à 18 ans et n'a jamais été enceinte (pendant les dernières années l'homme a été par intervalles impotent). État actuel. Utérus 7 centim., en rétroflexion, n'est pas très douloureux ni notablement épaissi, le fond adhérent en arrière. Museau de tanche un peu conique, non congestionné, orifice externe de l'utérus ovale ; érosion simple, la sécrétion utérine notablement augmentée, muqueuse, légèrement mélangée de matière purulente. La pression fait sortir du mamelon gauche une goutte de lait jaunâtre. Les seins n'offrent du reste rien de particulier. Pas d'autres signes qui pussent faire croire à une grossesse actuelle ou passée. Faiblesse. Lésion organique du cœur.

La malade retourna chez elle le 29 mars 1886, après un traitement local pour sa maladie génitale et un traitement général fortifiant; elle était beaucoup mieux, et son sein gauche ne sécrétait plus de lait.

5. Mme Elisabeth H..., 26 ans, de Lappo, se présenta chez moi le 8 septembre 1886. Les menstrues, apparues à 15 ans, sont revenues tous les mois, avec une durée de 2 ou 3 jours. Pas de dysménorrhée d'abord, mais depuis environ sept ans la patiente éprouve, le jour avant la menstruation, de si vives douleurs à la taille, aux reins et sur la partie antérieure des cuisses, qu'elle est obligée de garder le lit. Elle s'est mariée à 21 ans, n'a jamais été enceinte. Écoulement abondant de flueurs blanches depuis quelques années. Santé bonne d'ailleurs. Depuis six mois son sein droit sécrète du lait goutte à goutte. (Le mari, selon son propre dire, a été affecté plusieurs fois, avant et depuis le mariage, d'une légère gonorrhée.) État actuel : La patiente a une apparence de santé, un peu grasse, les chairs fermes. Utérus, 8,5 cent. en antéflexion, le fond très douloureux à la sonde, un peu aussi à la pression extérieure ; mobile mais avec douleurs ; le corps épaissi. Museau de tanche dans l'axe du vagin pas beaucoup épaissi, un peu hyperhémique. Ossification externe de l'utérus rond, petit, pas érodé ; sécrétion utérine un peu augmentée, muqueuse et teinte de sang après le sondage. Le cul-

de-sac vaginal postérieur douloureux. Le vagin normal. Du lait jaunâtre suinte spontanément du sein droit; l'examen microscopique révèle une infinité de globules gras, plus ou moins gros, des globules de colostrum et des groupes épars de cellules polygonales plus ou moins adhérentes entre elles, contenant de petits granules. Pas de sécrétion par le sein gauche, même à la pression. Du reste aucun signe de grossesse actuelle ou passée.

Le 4 décembre 1886, la patiente retourna chez elle; son affection interne était beaucoup améliorée. Avec une forte pression, on ne fait sortir du sein droit qu'une seule goutte de colostrum jaune.

Les données sur la sécrétion du lait en dehors d'une grossesse, sont, nous l'avons dit, très rares. L'existence de cette anomalie a été souvent passée sous silence, quelquefois absolument niée. Aussi faut-il accueillir avec la plus grande circonspection toute communication de ce genre. Soumettons donc les observations ci-dessus à une rigoureuse critique.

Dans aucun des cas, il n'y avait grossesse actuelle ; mais n'est-il pas possible qu'il y en eût eu? Il est bien difficile d'admettre la possibilité d'une grossesse à terme, suivie d'accouchement. Il n'y en avait aucun signe. Mais les nombreux examens de toutes ces patientes, faits par moi à intervalles plus ou moins rapprochés, excluent absolument l'hypothèse d'un avortement récent. Il ne reste donc que la supposition d'une grossesse ancienne, interrompue dans son commencement par un avortement. Mais toutes ces patientes ont dit n'avoir jamais été enceintes, et, sauf le cas n° 3, elles ne pouvaient avoir aucun intérêt à nier une grossesse, si elle avait eu lieu. Si nous examinons les cas en détail, l'hypothèse d'une grossesse antérieure nous paraîtra encore moins acceptable. Dans l'observation 1, les menstrues tardives sont accompagnées de fortes douleurs. Par conséquent, ni la santé générale ni les organes génitaux ne pouvaient être dans un état parfaitement satisfaisant. Huit ans déjà avant l'opération, le kyste dermoïde avait été diagnostiqué; il était

déjà alors assez gros pour que la patiente pût s'assurer elle-même de sa présence. Or, quand on sait combien est lent le développement des kystes dermoïdes, il faut admettre qu'il existait bien longtemps avant que le médecin ne l'eût découvert. Le développement intraligamenteux de ce kyste et l'extension de l'utérus qui en résulta, dut nécessairement occasionner des troubles de circulation et des déplacements dans les organes du bassin, circonstances peu propres à favoriser une grossesse. Mais, s'il est peu admissible qu'une grossesse eût eu lieu avant l'opération, il faut absolument exclure la supposition d'une grossesse après l'opération et à l'époque où la sécrétion du lait commença. Pendant les premiers mois, en effet, je vis et j'examinai la patiente à plusieurs reprises pour m'assurer si quelque exsudat s'était formé à la suite de l'opération. L'été suivant, alors que les mamelles commencèrent à sécréter, la malade fut examinée plusieurs fois, pendant une absence que je faisais à l'étranger, par la sage-femme qui l'avait soignée après l'ovariotomie. En automne, je la revis. Un avortement n'aurait pas pu passer inaperçu dans l'intervalle ; j'ai déjà dit qu'il n'y en avait aucun signe, pas plus que d'une grossesse actuelle.

Dans l'observation 2, un autre médecin avait déjà déclaré à la patiente, deux ou trois mois avant que je la visse, qu'elle n'était pas enceinte, bien qu'elle crût l'être à cause du gonflement de ses seins et d'autres symptômes.

Dans l'observation 3, la seule où la patiente eût pu avoir quelque motif de nier une grossesse, nous voyons la sécrétion du lait, qui durait depuis plusieurs années, cesser complètement sous l'influence du traitement appliqué à l'endométrite. Ici les circonstances semblent indiquer une connexion intime entre la sécrétion du lait et l'affection locale.

Dans l'observation 4 aussi, la patiente paraît avoir souffert d'une maladie génitale dès la première apparition des règles. La sécrétion du lait cessa pendant le traitement, comme dans le cas précédent.

Dans l'observation 5, la patiente était atteinte d'une affection génitale dès avant son mariage. L'uréthrite récidivante du mari augmenta sans aucun doute son mal. Il n'est pas admissible qu'il y eût eu gravidité auparavant, ni depuis. Ici aussi la cessation de la sécrétion coïncide avec le traitement de l'affection locale.

Ainsi donc, rien dans aucun de ces cas ne milite en faveur de l'hypothèse d'une grossesse antérieure, et tout semble prouver le contraire. Il faut donc considérer ces observations comme des preuves de la possibilité de la sécrétion mammaire non puerpérale. J'ai déjà dit qu'une sécrétion abondante de lait, dans ces circonstances, est excessivement rare; mais une sécrétion peu abondante, se manifestant à peine spontanément, telle que j'en ai donné des exemples, n'est peut-être pas très rare, bien qu'elle passe le plus souvent inaperçue.

Quant aux causes de cette anomalie fonctionnelle, elles restent encore entourées de la plus grande obscurité. On a, il est vrai, observé quelques cas très rares où la sécrétion du lait a été provoquée par une succion répétée des mamelons. On a même deux ou trois observations, qui paraissent authentiques, d'un effet semblable obtenu sur des mamelles d'hommes par le même procédé. Mais il ne paraît pas possible de décider si la succion agit seule, comme on l'admet généralement, ou concurremment avec d'autres causes inconnues. Toutefois, quelques communications que l'on trouve éparses dans la littérature médicale, sembleraient porter à admettre que la succion provoque la sécrétion du lait avec infiniment plus de facilité dans des glandes mammaires qui ont fonctionné antérieurement. On l'a même vue reparaître ainsi après la cessation des menstrues et même chez des femmes ayant dépassé la soixantaine. On sait bien, du reste, que ce n'est que sous l'influence de la succion que la sécrétion puerpérale du lait augmente et atteint tout son développement. Il est donc indubitable que la succion est d'une

grande importance. Mais si même elle peut agir seule, il est en tout cas évident que ce n'est que dans des cas très rares.

On a cru quelquefois pouvoir attribuer cette anomalie à des causes purement psychiques : le désir ardent d'être enceinte, la persuasion qu'on l'est, ou d'autres imaginations semblables. Mais, si même un seul des cas de ce genre qu'on a rapportés est authentique, cela ne donne pas l'explication du phénomène.

D'autres fois, on en a cherché la cause dans une irritation pathologique ou sexuelle des organes génitaux. Il est probable qu'en cela on est plus près de la vérité. Je me contenterai de rappeler un fait que tout gynécologiste a dû bien souvent constater. Chez quelques femmes, à l'approche de chaque menstruation, et sans qu'il y ait des troubles des organes génitaux, les seins deviennent sensibles à la pression et sont le siège de douleurs lancinantes, et cet état dure jusqu'à ce que le flux de sang soit établi, quelquefois même jusqu'à ce qu'il ait cessé. On dit même qu'il peut se produire alors une sécrétion mammaire de courte durée, mais je n'ai jamais eu l'occasion de m'en convaincre, bien que mon attention fût spécialement dirigée sur ce sujet. Une observation de *Robert Barnes* (1) fournit encore un exemple de l'influence de la menstruation sur la sécrétion du lait. Dans quelques cas où les menstrues revenaient au cours de la lactation, Barnes remarqua une réapparition de globules de colostrum dans le lait à chaque retour des règles. Du reste il n'y a aucun doute que les mamelles et les organes génitaux ne soient en très intime connexion. Rien ne le prouve mieux que leur développement parallèle et le fait que le fonctionnement des glandes mammaires ne commence qu'avec la fructification de l'œuf. Mais il est réservé à l'avenir d'établir la nature du lien qui unit ces organes. « Autrefois on

(1) R. F. BARNES. *Obstetric. medicine and surgery*, vol. I, London, 1884. p. 200.

l'appelait une sympathie, aujourd'hui on le désigne sous le nom d'acte réflexe, sans le connaître davantage, dit très justement de Sinéty » (1).

Dans toutes mes observations de sécrétion mammaire non puerpérale, il y avait affection génitale plus ou moins avancée. On ne peut pas dire si c'est toujours le cas, parce que l'attention ne paraît pas s'être portée sur ce point.

J'ai dit en passant que la sécrétion normale du lait accompagnant une grossesse, peut se prolonger, fût-ce en quantité à peine appréciable, plusieurs années après que la mère a cessé d'allaiter. Il paraît pouvoir en être de même de la sécrétion non puerpérale. Les observations de Beigel et Montgomery et d'autres, montrent que celle-ci peut continuer pendant deux ou trois ans au moins. Dans la première de mes observations, la sécrétion durait depuis 2 ans 1/2 la dernière fois que je vis la patiente. Dans la troisième cette anomalie durait, au dire de la femme, depuis 6 ans. D'autre part, il est plus que probable que la durée peut aussi en être très courte.

Les observations 4 et 5 prouvent qu'il peut arriver que l'un des seins seulement est le siège d'une sécrétion anormale.

Outre l'intérêt théorique qu'une pareille anomalie fonctionnelle présente, elle en a aussi un tout pratique, qui est d'une importance réelle.

On sait qu'il est des accoucheurs qui considèrent la présence du lait dans les mamelles comme le signe indubitable d'une grossesse actuelle ou passée. Mais, à l'heure qu'il est, la plupart des spécialistes paraissent penser avec Montgomery « que rien n'est plus erroné qu'une présomption pareille, si on l'adopte sans réserve ». Mes observations confirment cette manière de voir.

(1) *Traité pratique de gynécologie*, 1re édit., Paris, 1884, p. 930.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

JOUIN. — **De l'endométrite tuberculeuse** (1).

LABUSQUIÈRE. **Grossesse gémellaire, accouchement à terme, accès éclamptiques survenus au cours du travail, et ayant persisté après la délivrance, guérison.** — Il s'agit d'une jeune femme, qui avait eu déjà 2 avortements, de 2 à 3 mois. La 3e grossesse avait évolué à souhait. Accouchement à terme, prolongé. Au moment où la dilatation était à peu près complète, sans que rien eût pu faire prévoir semblable complication, apparition des accès éclamptiques. M. le Dr Péchin, qui dirigeait l'accouchement, fit mander l'auteur de la communication.

On administre le chloroforme jusqu'à résolution complète et l'on procède à la terminaison de l'accouchement. Extraction d'un premier enfant avec le forceps, intervention facile. Cet enfant qui était mort, pesait 2,400 gr. Extraction manuelle d'un second enfant, qui venait par le siège. Cet enfant, bien vivant, pesait 2,600 gr. Délivrance spontanée, placenta très volumineux ; pas d'*hémorrhagie post-partum*.

Demi-heure environ après la délivrance, nouvel accès éclamptique. On redonne du chloroforme et on administre un lavement additionné de 6 gr. de chloral; 10 heures après, deuxième lavement de chloral. Plus d'accès éclamptiques.

Pendant les premiers jours, il fallut sonder la malade. Le 1er jour, urines rares, fortement chargées d'albumine. Le 2e jour, urines beaucoup plus abondantes, avec 8 gr. d'albumine par litre. Immédiatement, la femme fut soumise au régime lacté exclusif, et on ne s'en départit que dix jours après environ, alors que, depuis 2 jours, l'analyse avait démontré la disparition de l'albumine dans les urines.

En résumé, éclampsie survenue au cours de l'accouchement, attribuable surtout à la longueur du travail, et à la présence de deux fœtus. Le 2e enfant se développe très bien.

(1) Nous donnerons dans notre prochain numéro le résumé de ce travail intéressant. R. L.

CHARPENTIER. **Quelques observations de fœtus mort-nés.** — 1° Enfant *mort 24 heures après sa naissance, d'une hémorrhagie continue,* que rien ne put arrêter (compression, cautérisation...),et dont le foyer correspondait à l'une des commissures labiales. Voici dans quelles circonstances particulières il était venu au monde. Sa mère, déjà secondipare, avait un rétrécissement du bassin qui, dans deux accouchements antérieurs, avait donné lieu à des interventions laborieuses. Pour les prévenir cette fois, on eut recours à l'accouchement prématuré, provoqué par le procédé de Krause. La dilatation étant complète, et la tête fœtale restant depuis longtemps au-dessus du détroit supérieur, la poche des eaux fut rompue. Mais, comme 'écoulement de celles-ci se compliqua d'une procidence du cordon, qui se montra irréductible, on fit la version. L'extraction de la tête fut laborieuse. Dès la naissance, on constata l'existence du suintement sanguin, qui résista à tout. Le liquide amniotique était mélangé de sang.

L'hémophilie a sans doute été cause de la mort.

2) Enfant né de parents très bien portants, vigoureux, et qui est venu au monde chétif, cyanosé; il y avait *persistance du trou de Botal.* M. Charpentier rapporte cette anomalie à la *consanguinité,* le père et la mère sont cousins germains.

3) *Enfant ayant succombé quelque temps avant le travail.* La grossesse avait évolué de la façon la plus normale. 6 jours auparavant, M. Charpentier à l'aide du palper et de l'*auscultation* combinés, avait reconnu une droite postérieure. Durée du travail, 6 heures. L'enfant très gros (4 kilogr.), présentait sur le corps quelques vésicules et les traces d'une macération légère. M. Charpentier incline à rapporter la mort de l'enfant à des excès alcooliques, commis par la mère plusieurs années auparavant. Excès alcooliques, si considérables, qu'ils avaient déterminé des accidents de paralysie. Mais, depuis, cette personne avait recouvré un état de santé parfait, en apparence du moins. M. Charpentier désire connaître *à quelle époque on pourrait, d'après l'avis de ses collègues, permettre sans danger pour l'enfant, une nouvelle grossesse ?*

4) Il s'agit d'un *œuf abortif,* expulsé vers le 7me mois de la grossesse, d'après la date des dernières règles. Mais, en réalité, le volume de l'embryon, qui était momifié, ratatiné, et celui du placenta correspondaient seulement à une grossesse de trois mois. On n'a

trouvé, tant du côté de l'œuf que de la mère, du père et des parents, aucune circonstance de nature à expliquer cette expulsion prématurée de l'œuf.

En terminant, M. Charpentier cite un 5me fait, dans lequel l'enfant faillit aussi succomber, encore dans des circonstances rares; voici le cas : une femme primipare est en travail, l'accouchement touche à sa fin, car la tête fœtale est à la vulve. Tout à coup, la femme est prise d'un grand frisson, avec ralentissement du pouls et tendance syncopale, état qui se prolonge durant un quart d'heure. L'enfant naît un peu étonné, et fait entendre un râle trachéal intense, qui s'accompagne de menaces d'asphyxie, et qui témoigne que l'enfant a dû *aspirer* de nombreuses mucosités. On enlève le plus de mucosités que l'on peut, mais ce n'est qu'après l'administration d'un purgatif et d'un vomitif, que tout danger disparaît.

Discussion : PAJOT, CHARPENTIER, GUÉNIOT, JOUIN, LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 2 janvier 1889.

Présentation : W. DUNCAN. — **Utérus atteint de sarcome,** enlevé sur le vivant.

GRIFFITH. — **Acardiaque, acéphale.**

TRESTAIL et DORAN : **Acardiaque mylacéphale.**

A. DONALD. **Des procédés de craniotomie.** — Si grands que puissent être les mérites de l'opération césarienne perfectionnée, il est des circonstances dans lesquelles la craniotomie s'imposera. Ainsi : *a*) quand on se sera déjà livré, sans succès, à des tentatives d'extraction, *prolongées*, avec le forceps; *b*) quand on aura pratiqué la version et également échoué dans les tentatives d'extraction; *c*) quand il y a certitude ou très grande probabilité que le fœtus est mort, quand l'état de la mère est tel qu'on peut, *a priori*, estimer que l'opération césarienne lui serait fatale; *e*) dans certains cas de déformations fœtales.

A quel mode de craniotomie doit-on donner la préférence?

Il importe d'établir une distinction entre les cas où :

A) la *sténose pelvienne est modérée*

B) et ceux, *où le rétrécissement est considérable.*

1er *groupe.* A). — A-t-on déjà employé le forceps à tractions sui-

vant l'axe, dans la juste mesure que comporte la sécurité de la femme, et en dépit de ces tentatives, la tête ne s'est-elle pas engagée, on peut perforer la voûte crânienne, le forceps ayant été laissé en place, et après qu'on a solidement fixé l'instrument au moyen de la vis de pression.

La perforation faite, on utilise le forceps comme tracteur.

2me *groupe*. B). — Méthode à suivre : 1) version podalique et extraction du tronc.

2) Perforation à travers le plancher de la bouche.

3) Céphalotripsie sur la tête dernière.

4) Extraction de la tête au moyen de tractions avec le céphalotribe, ou de tractions sur le tronc et sur le maxillaire inférieur, combinées avec une pression supra-pubienne.

Avantages de la méthode : *a*) la base du crâne est réellement brisée ; *b)* la tête est solidement fixée durant la perforation et le broiement ; *c*) la position de la tête est facilement modifiée, ce qui permet d'appliquer le céphalotribe suivant différents diamètres, ou de placer le diamètre fœtal aplati suivant le diam. pelvien *minimum* ; *d*) l'abaissement et l'adaptation de la tête sont souvent promptement obtenus par les tractions combinées sur le corps, sur le maxillaire inférieur, secondées par la pression supra-pubienne. Quant aux difficultés opératoires, elle peuvent se rencontrer dans la version préalable, dans l'extraction du tronc, dans la perforation et l'extraction.

Discussion : Champneys, Galabin, Herman, Gervis, Routh, Horrocks, Cullingwort, Griffith, Donald.

SOCIÉTÉ ANGLAISE DE GYNÉCOLOGIE

Séance du 28 *décembre* 1888.

Présentations : Savage. **Annexes de l'utérus,** enlevées sur 2 femmes âgées de 20 ans. Dans l'un des cas, on trouva du pus dans l'un des ovaires et dans l'une des trompes. Dans l'autre cas, les deux ovaires étaient le siège de plusieurs petits kystes. Depuis plusieurs années, les deux femmes, qui souffraient beaucoup, avaient été soumises, sans aucun bénéfice, à toutes sortes de traitements.

Discussion. Routh dit, qu'en beaucoup de cas semblables, ces collections purulentes ont pu se cicatriser après résorption de leur contenu liquide, et que tous les troubles ont consécutivement

disparu. Également, il croit que souvent la ponction par le vagin, suivie d'injections iodiques, suffirait pour guérir ces foyers de suppuration, etc. L. Tait déclare qu'*un médecin qui, en semblables conditions, et devant des indications aussi formelles, se soustrairait à son devoir, en s'abritant sous l'espoir hypothétique que la femme pourrait bien, plus tard, mettre au monde un enfant, ne serait ni plus ni moins qu'un criminel.* Il nie l'efficacité de la ponction suivie de l'injection iodée.

L. Tait. a) **Pyosalpinx**. Annexes de l'utérus enlevées sur une femme âgée de 39 ans. Mariée une 1re fois, en 20 mois, elle met au monde 2 enfants. Peu après le 2e accouchement, elle contracte la blennorrhagie de son mari. Depuis lors, souffrances presque continues. Mariée de nouveau, elle reste stérile. Stérilité qui dure depuis 19 à 20 ans. Elle était atteinte d'une *pyosalpingite double.*

b) *Grossesse tubaire rompue.* Ce cas montre quelles peuvent être les difficultés du diagnostic.

D'ailleurs, Tait a depuis longtemps établi comme règle que *les incertitudes au sujet du diagnostic ne doivent pas arrêter la main du chirurgien.* La femme dont il s'agit ressentait depuis 4 mois des douleurs pelviennes. Du côté de la menstruation, rien d'anormal, *aucune absence d'une des périodes cataméniales.* Agée de 28 ans, la femme avait eu un enfant à 22 ans. Aucun antécédent de périmétrite, de dysménorrhée. Et cependant, en raison de ces douleurs hypogastriques, elle ne pouvait ni marcher ni se tenir debout. *Diagnostic non fait,* mais *opération,* qui permit de constater qu'il y avait *rupture d'un kyste fœtal tubaire*, rupture remontant sans doute à quelques semaines auparavant.

Discussion : Mansell-Moulin, Grigg, J. Sinclair, Savage, Bantock, Tait.

Bantock. — 2 **utérus atteints de fibromes**, enlevés par hystérectomie supra-vaginale; le 1er utérus provient d'une femme âgée de 43 ans, il pèse 14 livres. *Guérison.*

Quant à la 2e pièce, elle provient d'une femme âgée, qui a *succombé* le 6e jour après l'opération. Voici l'histoire de ce cas : l'existence de la tumeur avait été reconnue déjà, de 9 à 10 années auparavant. Il y a 8 ans environ, on fit la laparotomie, mais le chirurgien estima qu'il était préférable de ne pas tenter l'extirpation de la tumeur, et la plaie abdominale fut refermée. Il y a

4 ans, la femme entrait au « *St-Bartholomew's Hospital* », mais on la renvoya encore chez elle sans avoir rien tenté. *Le cas n'était pas encourageant.* Circonférence ombilicale, 1m,30.

Laparotomie. Les 2 ligaments larges étaient si fortement intéressés que leur réflexion se faisait bien au-dessus de la crête iliaque. Il fallut, de chaque côté, lier des vaisseaux volumineux. La base de la tumeur dut être énuclée. La masse enlevée, on sutura la portion antérieure du péritoine à la portion postérieure, de façon à clore, exactement, la surface déchirée. *La tumeur pèse* 64 *livres* (!). Mort, six jours après l'opération.

F. Barnes. — **Tumeur fibreuse,** pesant 4 livres, enlevée sur une femme âgée de 30 ans. *Guérison.*

(*The Brit. med. J.* Janvier 1889.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE BERLIN

Séance du 9 *novembre* 1888.

Présentations : Olshausen. a) **Kyste fœtal extra-utérin avec un fœtus à terme.** — La pièce a été enlevée 14 jours auparavant au moyen de la laparotomie. L'enfant est âgé de 14 mois, mais il a succombé après 9 mois de grossesse. Le kyste fœtal, développé dans la trompe droite, avait contracté de nombreuses adhérences avec l'épiploon et l'intestin. Opération assez laborieuse. Durant 8 jours, l'opérée n'a pas eu de fièvre, mais depuis est survenue une pyrexie légère, sans cause appréciable.

b) **Enfant vivant,** extrait, après laparotomie, dans un cas de *grossesse extra-utérine* (traduction exacte). D'après la supputation habituelle, la grossesse était à 10 jours du terme. On trouva l'enfant libre dans la cavité abdominale. Quant au sac qui, 6 jours auparavant, s'était rompu sans hémorrhagie sérieuse, il était constitué par la trompe droite. Le placenta, ainsi que les débris reconnaissables du kyste fœtal, furent enlevés. Opérée le 1er novembre, la femme est bien actuellement (1).

Gottshalk. **Œuf gémellaire abortif.** — L'intérêt de cette pièce est dans les différences considérables qui existent entre les deux embryons au point de vue du développement. Ces différences sont si accusées, qu'il est difficile de nier formellement que le plus petit

---

(1) Le fait nous paraît tout à fait extraordinaire (*N. de la R.*).

des deux œufs ait pu, bien que provenant de la même ponte ovulaire que le plus gros, être fécondé plus tard.

Brose. **Fœtus macéré** extrait après laparotomie dans un cas de *grossesse extra-utérine.* — La pièce provient d'une femme âgée de 26 ans, IIpare. Dernières règles le 8 avril 1888. Le 19 septembre hémorrhagie qui, à part quelques courts intervalles, a persisté. Durant les mois de juillet, août et septembre, poussées légères de péritonite. Le 24 septembre expulsion d'une membrane qu'on reconnut être une caduque. Vers le 2 novembre, il survint de la fièvre, jusqu'à 38°,5, et de fortes douleurs.

Le 8 novembre, *laparotomie.* Le péritoine incisé, il s'écoule un peu de liquide séro-sanguinolent. Au niveau de la plaie abdominale, se montre l'épiploon, vivement enflammé. Le kyste fœtal, extra-utérin, a contracté de nombreuses adhérences avec l'épiploon et l'intestin. Mais, comme ces adhérences sont de date récente, elles se laissent détruire sans peine et elles donnent peu de sang. L'enfant est extrait facilement. Quant au sac, on constate que sa paroi supérieure est intacte, tandis qu'en avant il existe une ouverture à travers laquelle la main pénètre aisément. Après tamponnement avec de la gaze iodoformée, on le suture à la paroi abdominale, mais l'accolement ne peut être effectué d'une manière parfaite.

D'après l'état de macération de l'enfant, sa mort remonte à 4-6 semaines, toutefois elle n'a dû se produire que plus tard parce que les adhérences entre le kyste et l'intestin, datent au plus de 14 jours. Le liquide amniotique était résorbé.

Aujourd'hui, 2 jours après l'opération, la femme est bien. La fièvre est tombée immédiatement après la laparotomie.

Duhrssen. **Fœtus et placenta** provenant d'une *grossesse extra-utérine.* — L'indication formelle à une intervention chirurgicale fut constituée par des accidents d'iléus. La grossesse était arrivée au 7e mois, et la femme avait tout le temps ressenti des douleurs, qui s'étaient encore exagérées dans les derniers jours; de plus, *les garde-robes étaient supprimées.*

Examen : Ventre ballonné, distendu, très douloureux. Dans le flanc gauche, *immédiatement sous la peau*, tumeur volumineuse, qui était la tête fœtale. Utérus étroitement appliqué contre la symphyse qui mesurait 4 centim. Cavité utérine, libre, ce que le cathétérisme permit de constater. Dans le cul-de-sac vaginal postérieur,

qui bombait fortement dans le vagin, masse irrégulière résistante, qui comprimait tellement le rectum, que celui-ci était absolument obstrué, et qu'il était impossible de franchir l'obstacle. T. 37°,7; P. 120. *Diagnostic* : *iléus produit par la compression exercée sur le rectum par un kyste fœtal, extra-utérin*. *Laparotomie* très laborieuse en raison d'adhérences nombreuses. Le fœtus était mort depuis longtemps. Pour supprimer l'iléus, il fut nécessaire d'extraire le placenta, qui était inséré dans le cul-de-sac de Douglas et sur des anses intestinales. Le décollement du délivre fut suivi d'une hémorrhagie abondante. *Mort*, peu après l'opération.

Les deux cas d'iléus, causés par un kyste fœtal extra-utérin, (Chevallier et Bouilly), se sont également terminés par la mort, après opération dans l'un des cas, sans opération dans l'autre.

DUHRSSEN. **De la rupture de la symphyse.** — Duhrssen présente une femme qu'il a délivrée, il y a un an, avec le forceps, d'un enfant qui pesait 5884 gr. Au moment de la sortie des épaules (circonférence au niveau des épaules 50 centim.), il se fit une rupture de la symphyse. Cette lésion, malgré la fixation de la symphyse et l'absence de tout autre signe de fièvre puerpérale, se compliqua de suppuration de l'articulation. Après incision de l'abcès, il se fit, en l'espace de 4 semaines, une réunion extrêmement solide des extrémités de la symphyse pubienne, qui avaient été le siège de phénomènes de nécrose.

Suivant tous les auteurs, le pronostic de la suppuration de la symphyse, sous le rapport de l'existence, est défavorable, mais, statistiques en mains, Duhrssen montre que cela n'est vrai que lorsqu'il y a, coïncidemment, fièvre puerpérale, et dans les cas où la collection purulente n'est pas incisée. Le pronostic de la suppuration de la symphyse, quand il n'y a pas fièvre puerpérale, est absolument bénin si l'on ouvre l'abcès, que la suppuration ait lieu dans une symphyse primitivement rupturée ou intacte. Suivant le jugement de l'auteur, la suppuration de la symphyse, constitue à la vérité un accident puerpéral, mais local au début; c'est par *pyohémie* qu'il conduit à la mort lorsqu'on ne fait pas, à temps, l'incision de l'abcès.

Discussion : OLSHAUSEN, VEIT, MARTIN, GUSSEROW, DUHRSSEN. (*Cent. f. Gyn.*, 1888, n° 49.)

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE DRESDE

Séances du 6 juin et du 5 juillet 1888.

Présentations : LÉOPOLD : a) **Hémato-salpinx et hémato-ovarite du côté droit.**

b) **Carcinome de l'ovaire droit et de la trompe droite de la grosseur d'une tête d'enfant.**

c) **Myôme de la paroi antérieure de l'utérus ayant presque le volume d'une tête d'adulte.**

d) **Kyste parovarique uniloculaire.**

e) **Ovaires obtenus par castration.**

LÉOPOLD. **De la fixation de l'utérus à la paroi abdominale.** — L'auteur communique plusieurs nouveaux cas de redressement de l'utérus rétrofléchi, et de fixation de l'organe à la paroi antérieure du ventre, suivant le mode opératoire qu'il a indiqué. Dans tous les cas (8 jusqu'ici), guérison régulière. Quant aux résultats thérapeutiques, ils seront l'objet d'une communication ultérieure.

BODE pense qu'on peut éviter la suture de l'utérus à la paroi abdominale. Et il propose, contre la déviation en arrière de la matrice, une modification de l'opération d'Alexander : faire la laparotomie et alors, de l'intérieur étant, raccourcir les ligaments ronds. SCHRAMM a jusqu'à ce jour fait 5 fois l'hystéropexie suivant différentes méthodes. Chez toutes ses opérées, qui d'ailleurs ont parfaitement guéri de l'acte opératoire, l'utérus est en antéversion. Mais l'intervention est de date trop récente pour qu'il soit loisible de parler de résultat définitif. SCHRAMM cite alors un procédé qui lui a été indiqué par Mikuliez, destiné à opérer la réunion prompte de deux surfaces séreuses : *enduire les deux surfaces de collodion et les maintenir au contact.* Ce procédé sera-t-il applicable à la cure des rétro-déviations de l'utérus, c'est là un point que des recherches ultérieures pourront décider.

KLOTZ, croit que, seul, le poids de l'utérus suffirait à rendre illusoire l'emploi de ce procédé.

SCHRAMM. **Un cas de rougeole pendant la grossesse.** — Les observations de rougeole, survenant au cours de la grossesse, sont rares. La pénurie des observations à ce sujet ne permet pas d'établir, d'une manière précise, l'influence de cet exanthème fébrile sur l'évo-

---

(1) *Cent. f. Gynäk.*, 1888, p. 161.

lution de la grossesse. Et si l'on s'en tient aux données que l'on rencontre dans la littérature médicale, il semble que les femmes enceintes et les accouchées soient plus exposées à contracter la scarlatine que la rougeole.

Obs. — Une femme de forte constitution, robuste, arrivée au 8e mois de sa grossesse, couche dans la même chambre qu'un enfant atteint de rougeole. Le 27 mai elle est prise de toux, et accuse de la photophobie, des douleurs de tête et de la région sacrée. Le lendemain, apparition de l'exanthème, qui est surtout marqué au visage et qui, de là, s'étend sur toute la surface du corps.

Présentations : Schramm. a). **Myôme utérin enlevé par l'hystérectomie vaginale** sur une femme de 49 ans. Indications de l'opération, hémorrhagies graves. L'utérus avait le volume d'une tête d'enfant. L'extraction de l'organe fut laborieuse, et ne réussit qu'après incision verticale de la paroi utérine antérieure, et morcellement de la tumeur. *Guérison.*

b) **Utérus atteint d'un carcinome du col de la grosseur d'une noisette** enlevé sur une femme de 66 ans. *Guérison rapide.*

c) **Ovaires encapsulés dans des membranes péri-ovariques** ; dans l'un des ovaires hématome de la grosseur d'une noix. Depuis de longues années, la femme était sujette à des douleurs hypogastriques contre lesquelles on eut recours à la suture à la paroi abdominale de l'utérus rétro-dévié. Au cours de cette opération, on vit que les ovaires étaient enfouis au milieu de membranes et on les enleva. La femme, âgée de 23 ans, a recouvré une santé parfaite. Toux croupale, dyspnée; sur le palais, hyperhémies circonscrites, photophobie, conjonctivite. Le 1er juin, T. 38°,4. Le lendemain la température tombe à la normale, la respiration est encore difficile, l'exanthème est dans son plein. Dans l'après-midi, apparaissent de légères douleurs et très espacées. Après rupture de la poche des eaux, elles demeurent plus fortes sans qu'elles parviennent toutefois à dégager la tête fœtale, qui reste au détroit inférieur. Cessation des douleurs. A minuit et demi, application de forceps et extraction d'un enfant très faible, qui succombe 2 heures après. Durant les premiers jours des suites de couches, état assez satisfaisant de l'accouchée. Lochies sanglantes très abondantes, sueurs profuses ; cessation des troubles dyspnéiques. Temp. 38°,5. L'exanthème pâlit. Le mouvement fébrile persiste encore quelques jours et le 15 juin la temp. atteint 40°,5. Suppuration abondante de l'o–

reille droite, otite moyenne et perforation du tympan. Le 29 juin la femme quitte le lit.

Il convient de relever deux circonstances dans ce cas : a) *l'interruption de la grossesse par le virus rubéolique, sans qu'il y ait eu infection de l'enfant;* b) *la faiblesse des contractions utérines.*

GRENSER pense qu'il ne faut pas trop facilement souscrire à l'idée que l'état puerpéral se complique plus fréquemment de scarlatine que de rougeole, l'inverse de la proposition lui paraît plus juste. Il a eu l'occasion d'observer deux cas de rougeole durant les suites de couches ; dans les deux cas, l'issue fut aussi satisfaisante que possible. LÉOPOLD a vu également deux cas analogues, et, dans l'un, la transmission de la rougeole à l'enfant se fit le 2e jour après l'accouchement.

Dr R. LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 20 novembre 1888.

PRÉSIDENCE DE HANKS

NILSEN. **Varice du plexus pampiniforme, comme cause de la douleur ovarique.** — Nilsen a enlevé un kyste ovarique, entouré de veines variqueuses, et adhérant à l'appendice vermiculaire, rempli d'une substance sablonneuse, et a rentré l'appendice dans l'abdomen.

HANKS croit qu'il faudra bientôt faire la laparotomie, pour un abcès typhlique.

En réponse à des questions posées par divers membres, NILSEN dit que l'utérus était gros, mais non déplacé, que le contour du kyste était parfaitement clair, et ne contenait rien de dermoïde, et que le col présentait une déchirure très large.

HANKS croit que les varices suffisent à expliquer la vive douleur éprouvée par la malade, et semblable à celle que cause le varicocèle.

NILSEN. **Catgut au genièvre.** — Le catgut qu'il a employé quatre fois était préparé à l'huile de *baies* de genièvre, et les plaies ont suppuré. Il faut le conserver dans l'huile de *bois* de genièvre.

Coe a eu des accidents semblables.

Grandin se loue du catgut au genièvre et du *silkworm gut* (intestin du ver à soie). Il ne se sert presque plus du fil métallique pour les anaplasties. Le catgut de Nilsen renfermait sans doute des germes.

Dudley a eu de la suppuration, avec le catgut de Am. Ende. Il voit maintenant que c'est le fil qui a causé cet accident.

Boldt recommande de faire bouillir le catgut dans une solution alcoolique de 1/2500, de le laver à l'alcool, puis de le plonger dans de l'huile de genièvre additionnée d'alcool et de sublimé 1/5000. On n'aura pas de suppuration.

Hanks. — Le catgut n'est pas le seul agent de la suppuration ; néanmoins, sa préparation est importante.

Coe. **Épithélioma du corps utérin, hystérectomie vaginale.** — L'opérée s'est remise rapidement. Elle a 51 ans, et n'a jamais eu de perte fétide.

Byrne a vu des cas de carcinome, sans cachexie, et dans lesquels l'hémorrhagie seule était sérieuse. La douleur n'est pas constante, dans le cancer du corps.

Nicoll. **Grossesse fantôme.** — La malade avait eu un enfant mort, extrait par le forceps et une large déchirure du périnée.

Le 10 janvier 1888, elle vint dire à Nicoll qu'elle n'avait rien *vu* en décembre, avait des nausées le matin et se croyait enceinte. Col gros, mou, aréole colorée. Légère perte avec douleur lombaire le 4 février. A la fin d'avril, la malade sent les mouvements du fœtus ; en juin, sécrétion lactescente ; le ventre grossit.

Mme X... comptait accoucher en septembre. Le 25 août, Nicoll l'examina, et s'assura qu'elle n'était pas enceinte, ce qui la mit au désespoir ; elle parlait de se suicider.

Cela prouve, comme le disait Depaul, qu'il faut toujours examiner une femme qui présente les signes *rationnels* de la gestation. Les signes objectifs seuls sont certains.

Gooch disait, un peu crûment : « En pareille matière, ce n'est pas les paroles d'une femme, qu'il faut croire, c'est son ventre ».

Nicoll cite un grand nombre d'auteurs, qui ont insisté sur la difficulté du diagnostic de la gestation.

B. Mc Emmet, Mc Lean, Nilsen, Jacobus, Fruitnight, Von Ramdohr, Boldt, Dudley, Grandin, Hanks, ont vu des cas semblables.

Gunning parle d'une chienne dont le ventre grossit; elle se prépara un lit, mais elle ne mit point bas (1).

Mc Lean. **Un enfant criant dans l'utérus.** — Pendant une manœuvre, nécessitée par une malposition de la tête, l'enfant se mit à crier fortement et continua pendant l'application du forceps.

Cette observation d'un fait curieux dont Velpeau dit : « Puisque « des hommes dignes de foi disent qu'ils l'ont entendu, je le crois; « mais si je l'avais entendu moi-même, je ne le croirais pas », *Accouch.*, t. I, p. 334, présente toutes les garanties d'exactitude. Velpeau, en cite plusieurs exemples.

Coe. **Les éponges dans la laparotomie.** — Coe raconte que, pendant qu'il refermait le péritoine, un de ses aides lui dit qu'il manquait une éponge ; il défit ses sutures, la chercha soigneusement, et ne put la trouver. Il referma la plaie, et l'aide, encore une fois, affirma que l'éponge devait être dans l'abdomen de l'opérée. Coe ouvrit encore le péritoine. L'éponge se trouva dans un baquet. Cela prouve qu'il est utile d'avoir un aide qui ne s'occupe que des éponges.

J. R. Wilson. **Urémie après l'éthérisation.** — Trois jours après une petite autoplastie l'opérée fut trouvée moribonde dans son lit. A grand'peine, on réussit à la ranimer. L'urine, qui était normale avant l'opération, était alors chargée de cylindres hyalins.

Wilson en conclut en faveur du chloroforme contre l'éther.

B. Mc Emmet croit qu'il s'agit plutôt d'une faiblesse cardiaque. Pendant l'opération les battements étaient incertains.

(1) Harvey (*Works*, Sydenham Society, p. 576) a remarqué que les chiennes trop bien nourries présentent parfois des signes de gestation ; au moment où elles devraient accoucher, elles deviennent inquiètes, ont du lait dans les mamelles, et volent des petits pour les allaiter. Une de mes chiennes a présenté ces phénomènes : 60 jours après son rut, n'ayant pas été couverte, elle avait du lait, et se faisait teter par un petit qu'elle avait eu quelques mois auparavant. Les parois de l'abdomen étaient distendues, à tel point qu'une hernie radicalement guérie et bien suturée auparavant, a reparu. (A. Cordes.)

REVUE DES JOURNAUX

Cas rare d'adéno-myxo-sarcome du col de l'utérus. (A rare case of adeno-myxo-sarcoma of the cervix uteri), P. MUNDÉ. — L'observation est doublement intéressante, par la rareté de l'affection à laquelle elle se rapporte et par les déductions pratiques auxquelles elle conduit.

Le fait concerne une jeune fille, âgée de 19 ans. Depuis 2 ans, elle était atteinte d'un écoulement vaginal *aqueux*, et sa faiblesse était devenue si grande qu'elle était condamnée au lit. Jamais, il n'y avait eu de menstruation. Le médecin, appelé très tardivement, fit les constations suivantes : la vulve et l'orifice hymœnéal étaient distendus par une tumeur friable, visqueuse, qui s'enfonçait très profondément et remplissait l'excavation. Comme, durant les manœuvres, la tumeur s'émiettait, pour ainsi dire, et venait à poignées, on essaya de la tordre. Mais la tentative s'accompagna de tendance syncopale, et la malade ne se remit que peu à peu.

Nouvel examen, la femme ayant été anesthésiée avec le chloroforme : la main qui explore pénètre aisément dans le vagin et peut contourner la tumeur. Celle-ci remplit toute l'excavation, du détroit supérieur au détroit inférieur, et elle paraît appendue au centre de la voûte du vagin, où elle est solidement fixée. Quant au corps de l'utérus, il est petit et se continue avec la tumeur vaginale qui, de ce fait, semble constituée par le col énormément hypertrophié. Au cours de l'exploration, il se détache des portions considérables du revêtement myxomateux de la tumeur, et une partie de ce tissu est constituée par des masses kystiques, de coloration jaunâtre, et de forme sphérique.

Opération. —Extirpation au moyen d'un fil métallique constricteur, et pour éviter une hémorrhagie post-opératoire, suture profonde de la voûte vaginale et tamponnement du vagin,

Suites opératoires régulières, mais *récidive* prompte.

Examen de la tumeur : macroscopiquement, on y voit un grand nombre de kystes. D'autre part, l'examen histologique a fait voir qu'elle avait la structure d'un myxome, et que, parmi ses éléments constitutifs fondamentaux, elle renfermait des corpuscules lym-

phatiques ou adénoïdes ; en résumé qu'il s'agissait d'un *myxo-adéno-sarcome.*

Mundé a fait le relevé de tous les cas analogues et il a pu en réunir 8 autres (1 de Thiede, 1 de Rein, 2 de Spiegelberg, 1 de Winkel, 1 de Weber, 1 de Thomas, 1 de Pernice), encore ceux de Thiede et de Weber ne sont-ils accompagnés que d'une description tellement incomplète qu'on ne peut, qu'avec réserve, les assimiler aux autres.

La lecture de ces observations montre qu'il s'agit d'une affection grave, et que l'intervention venant à une époque tardive n'a pu enrayer le mal ni empêcher une terminaison malheureuse. En conséquence, et se basant sur la notion que rien ne peut nous apprendre d'une manière certaine si une production polypeuse du col, d'apparence bénigne au début, ou un processus hyperplasique des glandes cervicales, sont aptes à subir une dégénérescence maligne, Mundé conclut *qu'il importe d'extirper, dès qu'on les constate, tous les polypes muqueux, et de détruire soigneusement, au moyen des caustiques et de la curette, toutes les glandes cervicales altérées.*

Am. J. of obst., février 1889.

Cas de rupture du cordon ombilical durant le travail, etc. (Rupture of the umbilical cord during labor, etc.), O. WERDER. — S... primipare, est en travail. La première période s'est accomplie régulièrement, puis la tête qui se présentait en O.I.G.A. s'engage profondément et arrive au détroit inférieur. Mais, à ce moment, bien que les contractions soient énergiques, l'extrémité céphalique ne progresse plus. Après avoir attendu quelques temps, et s'être assuré que les doubles battements fœtaux sont devenus plus faibles, le médecin fait une application de forceps, et dégage la tête, sans avoir fait des efforts exagérés. Mais encore, nouveau temps d'arrêt. L'utérus se contracte bien, et néanmoins les épaules ne sont pas expulsées.

Le médecin fait un examen minutieux, et constate que la région dorsale du fœtus est le siège d'une masse, constituée par un *spina bifida*. « Pensant, dit-il, que l'obstacle à l'accouchement est dans cette masse, je procède au dégagement du tronc en opérant des tractions sur la tête, jusqu'à ce qu'il me soit devenu possible de glisser les doigts dans les deux régions axillaires. A ce

moment, j'imprime au tronc un léger mouvement de rotation tandis que je tire fortement sur lui. Tout à coup, je perçois *un bruit de craquement*, et l'enfant est immédiatement expulsé sans que j'aie fait de nouvelles tractions. Il meurt presque aussitôt. Le *spina bifida* occupe presque toute la région dorsale.

Mais il existe encore une autre particularité intéressante. Le cordon ombilical a été arraché au niveau de son insertion sur l'abdomen. Bien plus, il a été arraché en même temps qu'un morceau de la paroi abdominale, ce qui a mis à découvert la cavité péritonéale. La perte de substance est ovalaire, son diamètre mesure environ 15 millimètres, et elle donne issue à l'intestin. L'hémorrhagie causée par cet arrachement a été minime. L'accident était imputable à une brièveté réelle du cordon, qui mesurait moins de 10 cent. 4, et qui était épais et résistant.

L'auteur, à l'occasion de ce cas, fait un examen rétrospectif de ce qui a été écrit sur la rupture du cordon, et, entre temps, il examine la question de savoir pourquoi le cordon cède plutôt que le placenta se décolle. A ce sujet, il accepte les raisons indiquées, dans le traité de Cazeaux et Tarnier.

Au sujet du traitement, il reconnait qu'on dispose de moyens très peu puissants. Avant tout, il faut faire le diagnostic de la brièveté du cordon, et cela est très difficile. Il n'est possible qu'après l'expulsion de la tête. Ce diagnostic établi, on peut, alors, en suivant la région antérieure du fœuts, atteindre le cordon, qu'il faut sectionner, puis, on comprime les extrémités de la tige funiculaire aussi longtemps que dure l'expulsion du fœtus ; encore, ajoute-t-il, la méthode est-elle d'une exécution difficile et d'une utilité pratique contestable. (*The Am. J. of Obst.* février 1889.)

Contribution à l'étude de la pathologie, des symptômes, et du traitement de l'adhérence des placenta. (A contribution to the pathology, symptoms, and treatment of adherent placenta), B. HART. — Dans les conditions normales, on trouve entre le chorion èt la musculeuse de l'utérus, les couches suivantes :

1° Au niveau de la rencontre des villosités choriales et de la sérotine, couche formée par un tissu dense, qui résulte vraisemblablement de l'union des villosités et du tissu de la sérotine. Bien que l'étude exacte de cette couche soit très difficile, elle parait essen-

iellement composée de tissu connectif, dont les prolongements s'interposent entre les touffes villeuses et cloisonnent les lobules.

2° Couche composée de cellules volumineuses, se distinguant très nettement de la première. Les éléments cellulaires, rappelant de volumineuses cellules endothéliales, renferment un noyau et un nucléole.

3° Couche spongieuse, bien définie, présentant de larges espaces, tapissés par un épithélium cylindrique.

4° Couche beaucoup moins lâche, en contact immédiatement avec la musculeuse utérine.

Or, quand on étudie l'état de ces différentes couches, sur des utérus avec placentas adhérents, on constate que *la couche réticulée ou spongieuse est beaucoup moins distincte, que les espaces sont beaucoup plus petits, et que partout ils sont dépourvus d'épithélium de revêtement.*

Ce sont à ces altérations de structure, dont la pathogénie reste entourée d'obscurités, que sont dues les adhérences du placenta. Quant à celles-ci, l'auteur les range en 4 groupes :

1° *Cas d'adhérence complète, non compliquée d'hémorrhagie, où le décollement manuel du délivre est aisé, et où il s'accomplit au niveau du plan normal de séparation.*

2° *Cas d'adhérence partielle et élevée — le placenta étant décollé dans sa portion inférieure — et souvent compliquée d'hémorrhagie grave.*

3° *Cas d'adhérence basse — le placenta étant décollé dans sa portion supérieure — non compliquée ordinairement d'hémorrhagie.*

4° *Cas d'adhérence complète, s'accompagnant d'ordinaire d'une faible hémorrhagie, mais où le décollement normal ne s'opère qu'avec de grandes difficultés. Le placenta est habituellement décollé suivant le plan au niveau duquel villosités et sérotine se rencontrent. Il en résulte que l'utérus retient les différentes couches de la caduque sérotine et parfois des portions du placenta fœtal.*

L'auteur reprend ensuite en détail chacun de ces groupes, indique le traitement qu'il convient d'opposer aux complications diverses (hémorrhagie, accidents septicémiques) qu'ils peuvent entraîner, et conclut en insistant sur l'utilité qu'il y a à recourir à l'examen microscopique, surtout quand un peu de la musculeuse a été enlevé. (*Edinb. Journ. med.*, mars 1889.)

De l'amputation du col dans le traitement du cancer et des déchirures de cet organe. (On amputation of the cervix uteri in the treatment of uterine cancer and cervical injuries), Th. More MADDEN. — Ce travail a tout l'intérêt qu'assurent des appréciations basées sur une observation personnelle, prolongée. L'auteur examine successivement quatre points divers.

1) *Quelle est la meilleure intervention à opposer au cancer du col de l'utérus?*

2) *Importance des déchirures du col, en tant que terrain favorable au développement de l'affection cancéreuse, surtout quand il y a, quant à celle-ci, disposition héréditaire.*

3) *Utilité qu'il y a à traiter les déchirures du col, et quel est le meilleur procédé opératoire à leur opposer.*

Sur le premier point, M. Madden professe, d'une manière générale, les mêmes idées que le professeur Verneuil. L'hystérectomie partielle est, à son jugement, l'opération de choix ; sa rivale, l'hystérectomie totale, après laparotomie ou par le vagin, doit être réservée pour des cas exceptionnels.

A l'appui de cette manière de voir, il fait intervenir les résultats de sa pratique personnelle et les documents statistiques les plus connus, relatifs aux résultats fournis par l'ablation totale de la matrice. En résumé, il importe surtout de faire un diagnostic précoce, et, quand ce diagnostic a pu être fait, de procéder à l'extirpation du foyer cancéreux par l'amputation sous ou supra-vaginale, la première de préférence, sauf contre-indications. L'auteur signale en passant les constatations faites par Mierzœiosky sur la disposition des vaisseaux lymphatiques par rapport au col.

Il existe un riche réseau lymphatique, embrassant le col, et dont le contenu se déverse dans deux troncs volumineux, qui cheminent le long des ligaments larges, et aboutissent au ganglion avoisinant le trou obturateur. C'est là une condition anatomique qui favorise l'extension du cancer en des points suffisamment éloignés pour que l'extirpation de tous les éléments dégénérés ne soit pas possible.

Relativement au second point, l'auteur confesse qu'on peut objecter que « beaucoup de ces déchirures du col, quoique non traitées, auraient pu évoluer sans donner lieu à l'apparition de l'affection cancéreuse. Sans doute ! mais indépendamment du fait, qu'un certain nombre de ces déchirures peuvent, en l'absence

de dégénérescence maligne, devenir la source de troubles continuels, il lui suffit d'avoir la conviction qu'il a réussi, en opérant, à prévenir une seule fois l'éclosion d'une maladie aussi formidable que le cancer, pour estimer que son intervention est justifiée; or, à ce point de vue, son expérience personnelle ne lui laisse aucun doute.

Il y a donc utilité à traiter les déchirures du col. Mais faut il, suivant la pratique d'Emmet, recourir à la trachélorraphie? Certes ce procédé opératoire donne, en beaucoup de cas, de très bons résultats. Mais, dans certaines conditions, par exemple, quand il y a déchirures multiples, étoilées, anciennes, perte de substance considérable, hyperplasie très accusée, l'amputation du col doit prévaloir. (*The Dublin med. J. of med. Science*, mars 1889.)

Dr R. LABUSQUIÈRE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DES PRINCIPAUX TRAVAUX AFFÉRENTS A LA GYNÉCOLOGIE, A L'OBSTÉTRIQUE ET AUX NOUVEAU-NÉS (1)

OBSTÉTRIQUE

Accouchement. — De l'accouchement dans les occipito-postérieures. TARNIER. *Sem. méd.*, janvier 1889, n° 1. — De la conduite à tenir pendant la délivrance. H. VARNIER. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance.*, janvier 1889, p. 3; février 1889, p. 40 ; mars, p. 65. — De la physiologie de la troisième période du travail (The Physiology of the third stage of Labour). A. HELME. *Edinb. med. J.*, janvier 1889, p. 612. — Mécanisme du dégagement des épaules dans les présentations du sommet. LÉONET. *Th. de Paris.*, avril 1889.

Accouchement compliqué. — Présentation du tronc. Application infructueuse du forceps en ville. Perforation et extraction à l'aide du forceps. *Journ. d'accouch.* (Liège), mars 1889, n° 6.

Anatomie et physiologie obstétricales. — Contribution à l'étude de l'anatomie normale du plancher pelvien de la femme (A contribution to the Normal Anatomy of the Female Pelvic

(1) Index du 1er trimestre.

Floor). J. SYMINGTON. *Edinb. med. J.*, mars 1889, p. 788. — De quelques anomalies dans le développement et la fonction des glandes mammaires de la femme. O. ENGSTROM. *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1889, p. 81. — Histologie des vergetures. TROISIER et MENETRIER. *Ann. de gyn. et d'obst.*, mars 1889, p. 206. — Le placenta est-il ou non un véritable filtre (La Placenta è, oppure no, un vero filtro ?) A. M. ROMEO. *Ann. di Ostet. e ginec.*, janvier 1889, p. 1. — Recherches expérimentales sur la migration externe de l'œuf. HEINRICIUS. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, janvier 1889, p. 7.

Appareils et instruments. — Application du défenseur périnéal Chassagny chez une primipare. H. REDOUL. *Lyon méd.*, mars 1889, p. 412. — Sonde intra-utérine. *Bull. de l'Acad. de méd.*, janvier 1889, p. 43. — Sonde intra-utérine. GACHES-SARRANTE. *Nouv. arch d'obst et de gyn.*, janvier 1889, p. 12.

Dystocie. — Deux difficultés des présentations du siège (Two difficulties of Breech Presentation). CH. TOWNSEND. *The Bost. med. and surg. J.*, janvier 1889, p. 8. — Présentations du siège. Tentatives infructueuses de version par manœuvres externes. Enroulement de la tige funiculaire autour du tronc. Insertion vélamenteuse du cordon. BUDIN. *Arch. de tocol.*, janvier 1889, p. 69. — Spondylizème ou Spondylolisthesis, etc. (Spondylizema oder Spondylolisthesis, etc.). NEUGEBAUER. *Cent. f. Gynäk.*, février 1889, n° 5.

Grossesse extra-utérine. — Grossesse de 8 mois, menaces de rupture, laparotomie, mort. LEBEC. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, février 1889, p. 35. — Grossesse extra-utérine, laparotomie, guérison (A successful case of laparotomy for extra-uteri ne Fœlation). CHENOWETH. *Am. J. of. Obst.*, février 1889, p. 147. — Grossesses extra-utérines. PINARD. *Bull. de l'Acad de méd.*, mars 1889, p. 353. — Un cas de grossesse extra-utérine, traité par l'électricité. J. KALABIN. *Arch. de tocol.*, mars 1889, p. 221. — Un cas de grossesse tubaire (Case of Tubal gestation). TH. SMITH. *Am. J. of Obst.*, mars 1889, p. 259.

Grossesse multiple. — Contribution à l'histoire des grossesses multiples. A. PINARD. *Ann. de gyn. et d'obst.*, janvier 1889, p. 21. — Deux cas d'accouchement triple (Zwei Fälle von Drillings geburt). EISENHART. *Cent. f. Gynäk.*, mars 1889, n° 10. — Grossesse gémellaire, 1er enfant né en ville, 2e fœtus en 1re position de l'épaule droite. Rétraction spasmodigne du col, version po-

dalique, métrite puerpérale légère. Professeur CHARLES. *Journ. d'accouch.*, février 1889, n° 4.

Nouveau-né. — Allaitement par le nez. *Bull. de l'Acad. de méd.*, février 1889, p. 151. — Dissection d'un monstre (Dissection of a Monstrosity). S. NAIRNE. *Edinb. med. J.*, mars 1889, p. 813. — Du pesage méthodique des nourrissons. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, mars 1889, p. 190. — Du tétanos des nouveau-nés. LABONNE. *Gazette heb. de méd. et de chirurg.*, janvier 1889, n° 9. — Laparotomie chez un nouveau-né (Ein Fall von Laparotomie bei einer Neugeborenen). STOLYPINSKI. *Cent. f. Gyn.*, mars 1889, n° 11. — Malformation rare (Eine seltene Missbildung). COHN. *Cent. f. Gynäk.*, février 1889, n° 8.

Opérations obstétricales. — Cas de section césarienne, suivie de succès, modification de l'op. de Porro (Case of successful Cæsarean section, Porro's modification). B. HART. *Brit. med. J.*, janvier 1889 p. 183. — Curettage de l'utérus dans les rétentions placentaires. CASTAN. *Th. de Paris*, janvier 1889. — De la section césarienne avec des notes sur un cas suivi de succès (The Cæsarean section with notes on a successful case). M. CAMERON. *Brit. med. J.*, janvier 1889, p. 180. — De l'importance de la section césarienne suivant le procédé de Porro, et des perfectionnements apportés à la méthode (Die Bedeutung des Porro'schen Kaiserschnitte und wünschenswerthe Verbesserungen desselben). W. SUTUGIN. *Cent. f. Gynäk.*, février 1889, n° 6. — De l'opportunité de la version podalique, par manœuvres externes précédant l'accouchement prématuré artificiel dans les rétrécissements pelviens. BOUSQUET. *Arch. de toc.*, janvier 1889. — Des tors de la crâniotomie sur le fœtus vivant (The Wrong of Craniotomy on Living Fœtus). S. BUSEY. *Am. J. of Obst.*, p. 51. — De quelques usages du tampon vaginal. DAVENPORT. *The Bost. med. and surg. J.*, février 1889, p. 163. — Extirpation totale d'un utérus cancéreux et GRAVIDE à 6 mois de grossesse (Total exstirpation einer carcinomatosen Gebärmutter in 6 Monat. der Schwangerschaft). ZWEIFEL. *Cent. f. Gynäk.*, mars 1889, n° 12. — Forceps à compression antéro-postérieure pour les applications au détroit supérieur dans les bassins plats (Antero-posterior compression forceps for application at the Brim of flat pelves). S. SLOAN. *Brit. med. J.*, février 1889, p. 229. — Le palper abdominal et la version par manœuvres externes. LOVIOT. *Nouv arch. d'obst. et de gyn.*, mars 1889, p. 97. — Traitement de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus. CHARTIER. *Th. de Paris*, mars 1889. — Travail rétrospectif sur l'opération

césarienne de Porro, et sur les résultats qu'elle a donnés dans les divers pays (A record of the Porro-Cæsarean operation showing its results in all countries). R. HARRIS. *Brit. med. J.*, mars 1889, p. 708. — Version céphalique et crâniotomie dans un cas de présentation de l'épaule. TRACHET. *Arch. de tocol.*, février 1889, p. 150.

Pathologie de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. — Atrophie musculaire des quatre membres, à évolution rapide, survenue pendant la grossesse et consécutivement à des vomissements incoercibles. DESNOS, JEOFFROY et PINARD. *Bull. de l'Acad. de méd.*, janvier 1889, p. 44. — De la méningite aiguë pendant la grossesse ; opportunité de provoquer l'accouchement. J. CHAMBRELENT. *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1889, p. 90. — De l'hydramnios (Hydramnion). W. LINDLEY. *Am. J. of Obst.*, février 1889, p. 132. — Cas de rupture de l'utérus (A case of rupture of the uterus). MATHESON. *Edinb. med. J.*, février 1889, p. 713. — Cas de vomissements incoercibles de la grossesse. KINGMANS. *The Bost. med. and surg. J.*, février 1889, p. 132. — Contribution à l'étude de la pathologie, des symptômes, et du traitement des adhérences placentaires (A contribution to the pathology, symptoms, and treatment of adherent placenta). B. HART. *Edinb. med. J.*, mars 1889, p. 816. — Étude sur les accidents infectieux d'origine puerpérale, la phlegmasia alba dolens et l'érysipèle. WIDAL. *Th. de Paris*, janvier 1889. — Grossesse de 5 mois et demi ; fièvre typhoïde ; traitement par les bains froids, P. LACOUR. *Lyon méd.*, mars 1889, p. 367. — Hémorrhagies secondaires graves par suite de délivrance incomplète, après un accouchement à terme. LABUSQUIÈRE. *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1889, p. 126. — Hernie de l'utérus gravide (Hernia of the Pregnant Uterus). S. ADAMS. *Am. J. of Obst.*, mars 1889, p. 225. — Hydropisie de la grossesse, etc. (Dropsy of Pregnancy, etc.). W. A. GRIFFITH. *Brit. med. J.*, janvier 1889, p. 68. — Morbidité des accouchées. *Jour. d'accouch.*, (Liège), mars 1889, nº 5. — Néphrite gravidique. CHOPART. *Th. de Paris.*, janvier 1889. — Primipare à terme, accouchée seule. Suites heureuses. Professeur CHARLES. *Jour. d'accouch.*, mars 1889, nº 5.

Thérapeutique et antisepsie. — De l'action de certains médicaments sur l'utérus gravide (On the action of certain Drugs on the Pregnant Uterus). L. ATTHILL. *Brit. med. J.*, février 1889, p. 350. — **Des injections intra-utérines dans les suites de couches.**

Jasieriski. *Th. de Paris*, avril 1889. — **Expériences cliniques sur l'emploi de la « Cornutin » en obstétrique et en gynécologie** (Klinische Erfahrungen über das Cornutin in der Geburtshulfe und Gynäkologie). *Cent. f. Gynäk.*, mars 1889, n° 11. — **Irrigation de l'utérus puerpéral, etc.** (Irrigation of the Puerperal Uterus, etc.). Haynes. *Am. J. of Obst.* février 1889, p. 113. — **L'infection puerpérale, les moyens de la prévenir et de la combattre.** H. Varnier. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, février 1889, p. 33.

GYNÉCOLOGIE

Annexes de l'utérus. — De la salpingo-ovarite, et en particulier, du développement du plastron abdominal. Terrillon. *Arch. de tocol.*, mars 1889. — Des trompes de Fallope distendues, diagnostic, pathologie, traitement, etc. (Open Fallopian tubes, their diagnosis, pathology, and treatment). J. Wallace. *Brit. med. J.*, février 1889, p. 402. — Pyo-salpingite avec perforation de la vessie. A. Reverdin. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, janvier 1889, p. 1016. — Recherches expérimentales sur ce que deviennent les ovaires et les trompes après l'extirpation totale de la matrice chez les lapins (Experimentelle untersuchungen über das weitere Schicksal der Ovarien and Tuben nach der Totalexstirpation des uterus bei kaninchen). Grammatikati. *Cent. f. Gynäk.*, février 1889, n° 7. — Traitement des processus suppuratifs des annexes utérines (The treatment of Suppurative disease of the Uterine Appendages). Boldt. *Am. J. of obst.*, mars 1883, p. 262.

Appareils et instruments. — Contribution à l'historique des pessaires (Ein Beitrag zur Geschichte der Pessarien). Berczeiler. *Cent. f. Gynäk.*, mars 1889, n° 13.

Menstruation. — Deux cas de menstruation vicarienne (Two cases of vicarous menstruation). S. Ford. *Am. J. of Obst.*, février 1889, p. 154. — Persistance des règles à la suite de l'ablation des annexes de l'utérus. Macario. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, février 1889, p. 31.

Organes génitaux. — Contribution à l'étude de la tuberculose de l'appareil génital de la femme. Daurios. *Th. de Paris*, janvier 1889. — Leçons sur les prolapsus des organes génitaux de la femme. Trélat. *Ann. de gyn. et d'obst.*, janvier 1889, p. 1; mars, p. 161.

Organes urinaires. — De la cure rapide des cystites chez la femme

(On the rapid curative treatment of cystitis in women). Th. M. MADDEN. *Brit. med. J.*, mars 1889, p. 467. — Le cathétérisme des uretères. HEYDENREICH. *Sem. méd.*, 1889, n° 7.

Ovaire. — Note sur un cas rare d'adhérence contractée par un kyste de l'ovaire gauche avec le côlon ascendant et l'appendice vermiforme. JENTZER. *Arch. de tocol.*, mars 1889, p. 191.

Thérapeutique et opérations gynécologiques. — Application de l'électricité à quelques cas de gynécologie. *Journ. d'accouch.* (Liège), mars 1889, n° 6. — 25 cas de laparotomie pour extirpation de tumeur. A. CABOT. *The Bost. med. and surg. J.* janvier 1889, p. 29. — Contribution à l'histoire du massage de l'utérus et des annexes (A contribution to the Literature of massage of the uterus and adnexa). H. KOPLIK. *Am. J. of Obst.*. février 1889, p. 136. — Contribution au traitement de la chute de l'utérus (Beitrag zur Behandlung des Gebärmuttervorfalles). PAWLIK. *Cent. f. Gynäk.*, mars 1889, n° 13. — De la dilatation de l'urèthre chez la femme pour extraire les calculs et les corps étrangers de la vessie. ESTRABAUD. *Th. de Paris*, janvier 1889. — De l'amputation du col dans le traitement du cancer de l'utérus et des lésions traumatiques du col (On amputation of the Cervix Uteri in the Treatment of Uterine cancer and cervical Injuries). TH. M. MADDEN. *The Dubl. med. J.*, mars 1889, p. 219. — De l'oophorectomie dans la salpingite gonorrhéique (Oophorectomy in gonorrhœal salpingitis). W. WHITE. *Brit. med. J.*, février 1889, p. 285 — Des indications de l'ovariotomie et de la myomotomie. H. LOHLEIN. *Journ. d'accouch. de Liège*, février 1889, n° 4. — Des indications et des ressources opératoires dans les rétro-déviations chroniques de l'utérus. RACOVI CEANO. *Th. de Paris*, avril 1889. — Deuxième observation d'hystéropexie pour chute de l'utérus, compliquée d'une tumeur de la trompe. TERRIER. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, mars 1889, p. 83 — Discussion sur la pathologie et le traitement des salpingites. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, janvier 1889, p. 927, 954, 1004, 1019 ; février, p. 32, 39. — Du décollement des adhérences, etc. (Die Auslösung der Narben, etc.). WALCHER. *Cent. f. Gynäk.*, 1889, n° 1. — Du décollement manuel des adhérences péritonéales suivant la méthode de Schultze (Zur manuellen Lösung peritonitischer Adhäsionen nach B. S. Schultze). *Cent. f. Gynak.*, janvier 1889, n° 3. — Du périnée, anatomie, physiologie, des procédés de restauration du périnée déchiré (the Perineum, its Anatomy, Physiology and methods of restoration after injury). H. MARCY. *Am. J. of Obst.*, janvier 1889, p. 1. — Du point essentiel dans la méthode de traitement de THURE BRANDT du prolapsus utérin (Das wesentliche in

der Thure Brandt'schen Behandlungs methode in der Uterus prolapses). F. SIELSKI. *Cent. f. Gynäk.*, janvier 1889, n° 4. — Du pronostic des opérations des myômes (Zur Prognose der Myomoperationen). LANDAU. *Cent. f. Gynäk.*, mars 1889, n° 11. — Du traitement chirurgical de l'utérus rétrofléchi et fixé (Zur operativen Therapie des Uterus retroflexus fixatus). BODE. *Cent. f. Gynäk.*, n° 3, 1889. — Du traitement chirurgical des myômes utérins en voie de putréfaction (Zur operatinen Behandlung verjauchender Uterus myome). LINDFORS. *Cent. f. Gynäk.*, février 1889, n° 6. — Élimination spontanée des polypes utérins sous l'action de l'électrolyse. DE LA TORRE. *Arch. de tocol.* janvier, 1889, p. 18; février, p. 127. — Hystérectomie vaginale. TERRIER. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, janvier 1889, p. 926. — Hystérectomie vaginale totale ou partielle dans le cancer du col. BARBAUD. *Th. de Paris*, janvier 1889. — Hystérorrhaphie pour prolapsus utérin. TERRIER. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.* janvier 1889. p. 889 ; p. 901. — Kolporrhaphie antérieure pour cystocèle vaginale. TILLAUX. *Ann. de gyn. et d'obst.*, mars 1889, p. 181. — Nouveau procédé pour préparer les tiges antiseptiques de tupelo. LIACHNITSKI. *Arch. de tocol.*, janvier 1889, p. 57. — Nouveau traitement pour la cure des fistules vésico-périnéales (On a new treatment for the cure of Perineal urinary Fistula). THOMSON. *Brit med. J.*, février 1889, p. 294. — 3 observations d'hystéropexie pour rétroversion utérine douloureuse avec ou sans ablation des annexes. TERRIER. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, février 1889, p. 46. — Opération d'Alexander. POTHERAT. *Gaz. méd. de Paris*, janvier 1889, n° 3, n° 4. — Psychoses et opérations gynécologiques (Psychoses and Gynecological operations). CH. FILLEBROWN. *Am. J. of Obst.*, janvier 1889, p. 32. — Raccourcissement des ligaments ronds. A. DOLÉRIS. *Nouv. arch d'obst. et de gyn.*, février 1889, p. 49. — Revue sur le traitement des affections utérines par l'électricité (A Review of Treatment of Uterine Diseases by Electricity). BUIST. *Am. J. of Obst.*, mars 1889, p. 247. — Sur un cas d'hystéropexie. POLAILLON. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, février 1889, p. 66. — Traitement des fistules vésico-vaginales par la méthode américaine. HEINRICIUS. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, février 1889, p. 55. — Ventro-fixation de l'utérus. PICQUÉ. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, janv. 1889, p. 936.

Troubles divers d'origine génitale. — Des aberrations du sens génésique et de l'hybridité chez les animaux. A. GOUBAUX. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, janvier 1889, p. 16; février, p. 26; mars, p. 133.

Utérus. — Cancer de l'utérus. MUSELIER. *Gaz. méd. de Paris*, février 1889, p. 66. — Cas rare d'adéno-myxo-sarcome du col de l'utérus (A rare case of Adeno-myxo-sarcoma of the Cervix Uteri). P. MUNDÉ. *Am. J. of Obst.*, février 1889, p. 126. — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du prolapsus utérin. *Th. de Paris*, 1889. JOUVE. — Contribution à l'étude des faux polypes de l'utérus. A. KLASSON. *Ann. de gyn. et d'obst.*, février 1889, p. 105; mars, p. 191. — De la métrite cervicale. DOLÉRIS et MANGIN. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, mars 1889, p. 120. — De la rétroflexion utérine. RIEFFEL. *Ann. de gyn. et d'obst.*, janvier 1889, p. 13. — Discussion du cancer de l'utérus. *Bullet. de la Soc. de chirurg.*, janvier 1889, p. 877; p. 902. — Étude sur les complications des fibro-myômes de l'utérus COFFIN. *Th. de Paris*, février 1889. — Myômes de l'utérus pédiculés et douloureux. Leur ablation par la laparotomie. TERRILLON. *Bullet. et mém. de la Soc. de chirurg.*, mars, 1889, p. 117. — Polypes muqueux de l'utérus. COMET. *Th. de Paris*, mars 1889.

Vagin. — Occlusion congénitale du vagin avec atrophie des organes génitaux internes (Zur Kasuistik eines angeborenen Scheidenverschlusses mit Verkümmerung der inneren Genitalien). RYMARKIEWIEZ. *Cent. f. Gynäk.*, mars 1889, n° 9. — Papillome du vagin chez un enfant (Papilloma of vagina in a child). LEWIS. *Brit. med. J.*, janvier 1889, p. 127. — Ulcération de la paroi, vésico-vaginale par un corps étranger introduit dans le vagin (A Case of Ulceration of a Foreign Body from de Vagina into the Bladder). ELLISON. *Am. J. of Obst.*, février 1889, p. 144.

Vulve. — Syphilide hypertrophique de la vulve. P. PETIT. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, janvier 1889, p. 1.

Médecine légale. — L'affaire d'avortement devant la Cour d'appel. Nouvelle expertise. *Journ. d'acc. et rev. de méd. et de ch. pratiques*, janvier 1889, n° 2 ; février, n° 3.

Variétés. — Action pathogène d'un microbe trouvé dans les urines d'éclamptiques. E. BLANC. *Arch. de toc*, mars 1889, p. 182. — Apoplexie fatale avant la puberté (Fatal Apoplexy before Puberty). G. HARRISON. *Am. J. of Obst.*, mars 1889, p. 275. — Danger des émanations gazeuses toxiques et influence nuisible de certaines odeurs sur les jeunes enfants. LE GENDRE. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, janvier 1889, p. 22. — De la Karyoky-

nèse et de ses relations avec le processus de la fécondation. WALDEYER. *Arch. de tocol.*, février 1889, p. 90; mars, p. 195. — De la formation de la bosse séro-sanguine chez les fœtus morts. PIOT. *Th. de Paris*, janvier 1889. — De quelques recherches nouvelles sur la blennorrhagie de la femme. ERAUD. *Lyon méd.* janvier 1889, p. 15; p. 95; février, p. 171; p. 209. — Des analogies de la menstruation et de la grossesse et du travail dans quelques-unes de leurs relations physiologiques et pathologiques (On the analogies of Menstruation and Pregnancy and Labour in some of their physiologicas and pathologicas relations). R. BARNES. *Brit. med. J.*, mars 1889, p. 455. — Des lymphangites péri-utérines non puerpérales et de leur traitement. CANTIN. *Th. de Paris*, février 1889. — Des poids relatifs du placenta et de l'enfant (On the Relative Weights of the Placenta and Child). MACKNESS. *Edinb. med. J.*, février 1889, p. 716. — Des progrès modernes en obstétrique et en gynécologie (On modern progress in obstetrics and gynecology). L. GALABIN. *Brit. med. J.*, mars 1889, p. 577. — Impaludisme chez les jeunes enfants. LE GENDRE. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.* février 1889, p. 52. — L'hypertrophie de l'appareil amygdalien. P. LE GENDRE. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, mars 1889, p. 84. — Nécrologie. L. DUMAS. — RIBEMONT-DESSAIGNES. *Ann. de gyn. et d'obst.*, janvier 1889, p. 32. — Quelques cas remarquables de la pratique obstétricale, fausse grossesse, rétention du fœtus mort. GEYL. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, mars 1889, p. 140. — Revue des progrès faits en gynécologie. DAVENPORT. *The Bost. med. and surg. J.*, janvier 1889, p. 87. — Revue d'obstétrique. GREEN. *The Bost. med. and surg. J.*, janvier 1880, p. 62.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Pathogénie et traitement de l'intoxication éclamptique. Dr M. Rivière. O. Doin, éditeur.

Traitement de l'éclampsie puerpérale. Dr A. Auvard. O. Doin, éditeur.

De l'influence de l'impaludisme sur les femmes enceintes. R. dos Santos.

Syphilide hypertrophique de la vulve. P. Petit.

Hygiène de la première enfance. Dr J. Rouvier. O. Doin, éditeur.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1889

Nous sommes heureux d'annoncer à nos abonnés que notre ami, le docteur Pinard, vient d'être proposé au choix du Ministre, par le conseil de la Faculté, comme titulaire de la chaire de clinique d'accouchements (1), vacante depuis la retraite de notre excellent directeur et fondateur, le Professeur Pajot (décembre 1886).

Les votes de la Faculté se sont répartis de la façon suivante entre les trois candidats :

MM. Pinard	21	voix.
Budin	6	»
Charpentier	3	»

Les lecteurs de ce journal connaissent les titres scientifiques du jeune maître de l'hôpital Lariboisière, qui, depuis dix ans, a publié dans les Annales la plupart de ses travaux originaux. Ils se réjouiront donc avec nous du brillant succès que vient de remporter notre rédacteur en chef, et il considéreront l'élection du 9 mai comme le juste couronnement d'une carrière vouée toute entière par M. Pinard à l'étude, à la pratique et à l'enseignement d'un art dans lequel il excelle, qualités professionnelles reconnues de tous, et rehaussées encore par des qualités morales de premier ordre qui lui attirent, de la part de ceux qui l'entourent, la vénération la plus vive et l'affection la plus dévouée.

GEORGES STEINHEIL.

(1) On sait que depuis le mois de mars dernier une décision ministérielle a transformé la chaire de théorie en chaire de clinique d'accouchements dont le titulaire est M. le professeur TARNIER.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES POLYPES DU COL DE L'UTÉRUS PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Par le Dr **Alphonse Herrgott**
Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Nancy.

« Mme X., à la suite d'un accouchement est affectée d'une inversion complète et irréductible de la matrice. Mon confrère et moi avons essayé en vain de replacer l'organe dans sa position naturelle. Le cas étant très grave, l'opération est urgente. Nous avons donc jugé que, vu la position peu aisée de cette famille, l'opération ne pouvait pas se faire chez elle dans des conditions avantageuses, et avons engagé cette femme à aller se faire traiter à l'hôpital civil de Nancy. En conséquence nous prions M. le Maire de... de vouloir bien employer son influence pour faire entrer cette femme le plus tôt possible dans ledit hôpital. »

Telle est la lettre qui me fut remise lors de l'arrivée de Mme X. dans mon service le 9 juin à 10 heures du soir.

Je me rends aussitôt auprès de cette malade, vivement préoccupé, et me demandant comment je parviendrais à remettre l'utérus dans sa situation normale.

En entrant dans la salle de travail où l'on avait mis l'accouchée, je suis très étonné de ne pas la trouver abattue. L'aspect général est même très satisfaisant ; le pouls est régulier, la température normale.

Cette femme, âgée de 36 ans, menstruée régulièrement tous les mois pendant quatre ou cinq jours depuis sa seizième année, nous apprend qu'elle venait d'accoucher pour la sixième fois.

Ses quatre premières grossesses avaient été normales et

s'étaient terminées par l'expulsion d'enfants vivants parfaitement développés.

La cinquième grossesse s'était aussi terminée spontanément, mais après un travail de 14 heures. L'enfant qui, comme les autres, s'était présenté par le sommet, était très volumineux. Sa mère l'avait allaité pendant 13 mois, puis elle était redevenue enceinte pour la sixième fois avant même que ses règles eussent reparu, de telle sorte qu'elle ne savait plus à quelle époque avait débuté la dernière grossesse, ses règles ayant en réalité été suspendues depuis près de trois ans.

Cette sixième grossesse avait été normale, sans malaise ni complications, le volume de l'abdomen ne présentait rien d'excessif.

Les fonctions digestives et urinaires étaient régulières, cependant depuis six mois elle avait la sensation d'un corps étranger dans le vagin, mais elle n'y attachait aucune importance, n'en étant que très faiblement incommodée.

Le 8 juin, la veille de son entrée dans mon service, les membranes s'étaient rompues spontanément à huit heures du matin et vers trois heures le travail avait commencé.

Comme les douleurs s'étaient accentuées on avait appelé une sage-femme qui avait été très étonnée de trouver dans l'excavation une tumeur élastique, rénitente et lisse qui donnait une sensation analogue à celle que l'on perçoit en touchant pendant une contraction les membranes de l'œuf distendues par le liquide amniotique.

Elle avait recherché l'orifice du col, mais elle n'était pas parvenue à l'atteindre:

Troublée par ce qu'elle venait de découvrir, et comme le travail ne semblait pas avancer, elle avait cru prudent de faire chercher deux médecins qui s'étaient empressés de répondre à l'appel qui leur était adressé.

A peine arrivés, et avant que toute intervention ait été possible, la parturiente avait été prise de violentes douleurs, et expulsait une tumeur volumineuse qui restait pendante à la vulve. Puis, presque immédiatement après, la tête et le tronc

d'un fœtus vivant étaient expulsés en passant au-dessous de la tumeur.

La délivrance s'était effectuée normalement sans hémorrhagie.

L'enfant qui avait bien crié au moment de sa naissance succomba malheureusement quelques heures après.

Les médecins présents à l'accouchement pensant que la tumeur qui pendait hors de la vulve était formée par l'utérus en état d'inversion avaient essayé de la réduire; après une demi-heure d'efforts inutiles ils avaient demandé au maire de la localité de favoriser l'admission de cette femme à la Maternité, et lui avaient adressé le billet qu'on a lu plus haut. Après avoir été ainsi renseigné sur la manière dont l'accouchement s'était effectué, je procède à l'examen de ma malade.

Je trouve le ventre souple, et par la palpation je perçois à huit centimètres au-dessus du pubis une tumeur dure, arrondie, légèrement inclinée à droite, qui me semble être l'utérus.

Les cuisses sont écartées, et, entre elles, je découvre une tumeur ronde, volumineuse, plus grosse même qu'une tête d'un fœtus à terme qui pendait hors de l'orifice vulvaire.

Cette tumeur est d'une coloration rouge foncé; de nombreux vaisseaux rampent à sa surface. On remarque, il est vrai, quelques ulcérations, mais en somme elle est lisse dans sa plus grande partie. Sa consistance est élastique, rénitente.

Par le toucher vaginal on constate que la tumeur s'insère sur la partie droite et antérieure du col. Sa surface d'implantation a un diamètre de quatre centimètres environ. La partie du col qui correspond au point où adhère la tumeur est abaissée jusqu'à la vulve. On voit, en effet, en écartant les grandes lèvres une saillie demi-circulaire contournant la tumeur en avant et à droite qu'on reconnaît être formée par la lèvre antérieure du col qui a subi une forte élongation.

L'abaissement de cette région cervicale qui donne insertion à la tumeur est encore confirmé par le fait suivant : le cul-de-sac vaginal antérieur est situé à une profondeur de

cinq centimètres à peine en avant et à droite, tandis qu'en arrière et à gauche la lèvre du col est très peu abaissée et se continue avec la saillie semi-circulaire qui existe sur la tumeur à l'entrée de la vulve.

L'orifice interne de l'utérus est perméable et aucune tumeur ne s'y engage.

Après cet examen il devient facile de reconnaître que la tumeur qui se trouve entre les cuisses de cette femme n'est pas formée par l'utérus en état d'inversion, mais qu'elle est constituée par un corps fibreux inséré sur la face interne de la lèvre antérieure du col.

Cette tumeur qui n'avait pas été reconnue pendant la grossesse, qui ne s'était manifestée qu'en donnant à la femme la sensation assez vague d'un corps dans la cavité vaginale, avait été expulsée au moment du travail par un mécanisme bien simple à comprendre.

L'utérus en se contractant avait poussé le fœtus sur ce corps fibreux situé au-dessous de lui, et l'avait fait progresser dans l'excavation. La lèvre du col sur laquelle il était implanté s'étant allongée et transformée sous cette pression en un vrai pédicule, ce polype avait pu franchir l'orifice vulvaire sans trop de difficultés. Le canal génito-pelvien une fois désencombré, le fœtus se trouvait dans une situation analogue à celle d'un deuxième fœtus dans un accouchement gémellaire, aussi son passage à travers les parties molles s'était-il effectué très rapidement.

Mais, l'accouchement terminé, la tumeur n'avait pu reprendre sa place primitive dans le vagin ; elle était trop volumineuse pour repasser à travers une vulve devenue plus étroite, et, malgré les efforts qui avaient été tentés, elle était restée entre les cuisses de la femme dans la situation où nous venions de la trouver.

Il n'y avait pas à hésiter, il fallait débarrasser cette femme de cette tumeur, mais, l'heure avancée de la nuit, la fatigue occasionnée par le voyage et l'absence d'hémorrhagie me décident à en remettre l'ablation au lendemain.

On fait une injection vaginale antiseptique et on enveloppe la tumeur dans des compresses trempées dans une solution de sublimé.

Quelques heures après, la femme s'étant reposée, je procède à l'enlèvement de ce fibrome en présence des élèves du service.

L'opération est des plus simples. J'entoure avec un fil de fer le point d'implantation de la tumeur et à l'aide d'un serre-nœud j'en obtiens la section sans répandre une goutte de sang. La lèvre antérieure du col débarrassée de ce corps fibreux qui l'étirait jusqu'à l'orifice vulvaire, revient immédiatement sur elle-même et disparaît dans la cavité vaginale, pour y reprendre sa situation habituelle, comme le toucher nous permet de le constater. Le poids de la tumeur est de 1250 grammes et sa structure histologique est celle d'un fibromyôme.

Je n'insisterai pas sur les suites de couches. L'involution utérine se fit régulièrement, bien qu'au début les lochies fussent assez fétides et présentassent même pendant quelques heures une odeur franchement gangréneuse ; mais, grâce à une antisepsie rigoureuse, tout accident de résorption septique put être évité. La température qui s'était élevée à 39° ne tarda pas à devenir et à rester normale, et quelques jours après notre accouchée pouvait s'en retourner chez elle parfaitement rétablie.

Telle est la relation d'un cas de volumineuse tumeur fibreuse insérée sur le col que j'ai eu l'occasion d'observer dans mon service. J'ai pensé qu'il était intéressant de le faire connaître à cause de sa simplicité et aussi à cause de l'erreur de diagnostic dont il avait été l'objet ; mais je n'ai pas l'intention de faire une étude approfondie de ces tumeurs. Elles ont déjà donné lieu à des travaux trop importants et trop connus, pour, en les étudiant à nouveau, ne pas m'exposer à des redites inutiles. On sait du reste combien les corps fibreux de l'utérus sont fréquents puisque d'après Bayle un cinquième des femmes au-dessus de 35 ans en seraient atteintes.

Parmi ces nombreuses publications, je me bornerai à rappeler outre le travail de Puchelt (1) fait sous l'inspiration de son maître Naegele, la thèse d'agrégation du professeur Félix Guyon (2) sur les *tumeurs fibreuses de l'utérus*; celle si complète du docteur Ernest John Lambert (3) sur les *grossesses compliquées de myômes utérins*, le remarquable travail de R. Lefour (4) intitulé « *Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement*, » qui contient une bibliographie très étendue des différents cas épars dans les annales de la science tant en France qu'à l'étranger ; la monographie très bien faite de C. Chabazian (5) sur *les fibromes du col de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement*, le chapitre que Gusserow (6) a consacré aux rapports des fibromes avec la grossesse dans son long article sur les tumeurs de l'utérus ; le mémoire de A. Doléris (7) sur les myômes utérins dans leurs rapports avec la grossesse et l'*accouchement*, enfin, la thèse d'agrégation si riche en documents de notre collègue le D[r] A. Vautrin (8) sur *le traitement chirurgical des myômes utérins*.

Je n'insisterai donc pas sur un sujet si bien étudié par ceux que je viens de citer et je me bornerai simplement à émettre quelques considérations sur le cas qui nous occupe et à rappeler les quelques observations que j'ai pu trouver qui présentent quelque analogie avec celle que je viens de rapporter.

Les tumeurs du col de l'utérus comparées à celles du corps sont relativement rares. D'après Saffor Lee (9) sur 74 cas de corps fibreux, 4 seulement appartiennent au col.

(1) *De tumoribus in pelvi partum impedientibus*. Heidelberg, 1840.
(2) A. Delahaye, éditeur. Paris, 1860.
(3) Thèse inaugurale. Paris, 1870.
(4) Thèse d'agrégation. O. Doin, éditeur. Paris, 1830.
(5) Thèse inaugurale. Paris, 1882.
(6) *Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie*. IV Band. Erste Abtheilung. Abschnitt. IX, n° 4, p. 115. Stuttgart, 1882.
(7) *Archives de tocologie*, 1883.
(8) J.-B. Baillière, éditeur. Paris, 1886.
(9) On tumours of uterus. Londres, 1847.

M. Guyon (1) sur 131 observations n'en cite que 21 pour le col et M. Chabazian (2) sur 380 cas n'a pu en trouver que 80 pour le col parmi lesquels 10 seulement seraient sous-muqueux sessiles. Comme ces tumeurs siègent le plus souvent sur la lèvre postérieure, il s'ensuit que celle que nous avons observée appartient à la forme la moins fréquente de ces corps fibreux.

Un fait également très remarquable, c'est de voir une tumeur si volumineuse, qui pesait 1250 gr., passer à peu près inaperçue pendant la grossesse, ne donner que la sensation assez vague d'un corps étranger dans le vagin, et ne signaler sa présence ni par des pertes de sang, ni par des troubles mécaniques du côté de la vessie ou du côté du rectum.

L'observation suivante, que j'emprunte au mémoire que Danyau a publié dans le Journal de chirurgie de Malgaigne (3), est un exemple qui présente, sous plusieurs rapports, une grande analogie avec le cas que j'ai rapporté.

« Le 2 décembre 1845, je fus appelé vers une heure de l'après-midi, chez la femme d'un coiffeur, jeune créole d'une vingtaine d'années, accouchée depuis sept heures et demie du matin, chez laquelle je trouvais entièrement hors la vulve une tumeur du volume de la tête d'un enfant de sept mois. Cette femme a fait trois avortements, le dernier il y a un an. Les premières douleurs eurent lieu à trois heures du matin.

La sage-femme arriva à sept heures et elle reconnut à la vulve une tumeur qui n'avait pas les caractères de la tête et qui n'avait pas tardé à être repoussée au dehors ; ayant porté sa main au-dessus, elle avait senti les pieds de l'enfant, les avait saisis et avait extrait l'enfant vivant, un très petit garçon de sept mois et demi. Pendant cette extraction faite sans efforts, la tumeur avait encore été entraînée plus bas, et, depuis lors, était pendante hors de la vulve. La délivrance s'était effectuée sans peine. Toutes choses

(1) *Loc. cit.*, p. 15.
(2) *Loc. cit.*, p. 9.
(3) 1846, vol. IV, p. 173.

accomplies, l'accouchée avait été maintenue tranquille sur le dos et la tumeur convenablement soutenue entre les cuisses jusqu'à mon arrivée. Cette tumeur globuleuse, lisse et rougeâtre à sa surface, uniformément ferme dans toute son étendue, était exactement appliquée contre la vulve, mais cependant un peu mobile dans tous les sens. Du côté de la vulve, on sentait le pédicule qui la retenait, et le doigt porté dans le vagin pouvait facilement explorer ce pédicule jusqu'à son insertion au côté droit de la lèvre antérieure, de l'orifice utérin. Plat, court, large de deux travers de doigt, d'une souplesse qui semblait indiquer qu'il était composé uniquement de tissu utérin, ce pédicule ne paraissait en effet qu'une élongation de la lèvre du col dans laquelle la tumeur avait pris naissance. Pas d'hémorrhagie, pas de douleurs.

J'ai voulu débarrasser cette femme de ce polype fibreux ; la femme étant en position obstétricale, j'ai saisi la tumeur de la main gauche, le pouce et l'index sur la partie du pédicule la plus voisine de la tumeur, et, de la droite armée d'un fort bistouri boutonné, je tranchai ce pédicule, rasant mes deux doigts. Écoulement de sang peu abondant, qui cesse par une injection de vinaigre et compression d'une éponge sur le col. La femme est guérie, l'enfant est vivant.

Cette tumeur devait avoir une date récente. Elle devait avoir eu un accroissement très rapide, dû manifestement à la grossesse, parce qu'elle était absolument ignorée avant. Cette femme étant souvent debout, n'avait senti aucune pesanteur, aucune sensation d'un corps étranger poussé vers la vulve, aucune difficulté dans l'excrétion des matières fécales ou de l'urine, aucune perte. »

Je pourrais citer plusieurs observations semblables dans lesquelles des tumeurs énormes n'avaient manifesté leur existence, et n'avaient été reconnues qu'au moment de leur expulsion. Les divers mémoires qui traitent des tumeurs fibreuses dans leurs rapports avec la grossesse en contiennent de nombreux exemples.

Il faut avouer que de pareils faits paraîtraient bien extraordinaires si on ne connaissait pas les transformations que subissent ces fibro-myômes sous l'influence de la gestation. MM. Depaul, Tarnier, Blot, Guéniot et Trélat, lors d'une

mémorable discussion qui eut lieu en 1868-69 à la Société de chirurgie, ont bien mis en lumière ces modifications. Ils ont montré que le myôme associé pendant la grossesse à la suractivité vitale de l'utérus en subissait le plus souvent toutes les phases, aussi peut-on résumer ces diverses transformations par ces deux mots : *hypertrophie et ramollissement.*

Cependant, si les fibromes du segment supérieur de l'utérus s'hypertrophient quand cette partie de l'organe s'accroît, c'est-à-dire dans les premiers mois de la parturition, cette hypertrophie dans les cas de fibromes du col a surtout lieu, ainsi que le fait remarquer M. Chabazian (1), vers la fin de la grossesse.

Ces tumeurs, siégeant dans le segment inférieur, n'augmentent de volume que quand ce segment subit des modifications importantes ; or, on sait que c'est surtout dans les derniers mois qu'on les observe.

L'hypertrophie rapide de ces myômes à la fin de la gestation, nous explique comment de pareilles tumeurs ont pu être méconnues avant ou au début d'une grossesse ; elle nous fait comprendre comment Récamier, pratiquant le toucher vaginal dans un cas de grossesse datant de six semaines, n'avait pu trouver qu'un peu de gonflement du col et quelques granulations, alors que Danyau (2) enlevait, chez cette même femme, au moment du travail, une tumeur qui ne pesait pas moins de 650 grammes.

La congestion de l'utérus produite par la grossesse imprime à ces tumeurs une telle suractivité qu'elles sont en effet susceptibles de s'accroître, pendant les derniers mois, avec une rapidité vraiment surprenante.

Une autre modification accompagne souvent cette hypertrophie et atténue notablement les effets de compression qui seraient la conséquence forcée de leur développement. Je

---

(1) *Loc. cit.*, p. 20.

(2) Bulletin de l'Académie de médecine, séance du 8 avril 1851.

veux parler du ramollissement des myômes auquel M. Depaul a si justement donné le nom d'*assouplissement*. Grâce à lui, malgré l'encombrement pelvien qui pourrait résulter de l'augmentation de volume du polype, l'émission de l'urine est possible et l'excrétion des matières fécales n'est pas entravée, de telle sorte que rien ne trahissant l'existence de ces tumeurs, on comprend qu'il soit possible de n'en constater la présence qu'au moment où elles apparaissent à la vulve, et que sur 80 cas on ne les ait reconnus d'avance que 29 fois (1).

Les polypes du col peuvent donc facilement rester ignorés pendant la grossesse, ils peuvent aussi donner lieu à des *erreurs de diagnostic* nombreuses.

Le travail de M. Lefour, celui de M. Chabazian contiennent, l'un et l'autre, un remarquable chapitre sur le diagnostic différentiel des tumeurs fibreuses du segment inférieur et du col de l'utérus. Ils montrent par de nombreux exemples que ces polypes ont tour à tour pu être confondus tantôt avec une insertion vicieuse du placenta (2), tantôt avec des fibromes du corps, ou avec des tumeurs intra-pelviennes solides ou liquides. D'autres fois, on les a prises pour une grossesse extra-utérine, pour une rétroversion de l'utérus gravide, ou bien pour un œdème du col, ou bien encore pour un carcinome de la partie inférieure de la matrice, ou même, comme dans le fait cité par Braxton Hicks (3), pour la vessie distendue par l'urine, tant le ramollissement du fibrome était considérable. Dans d'autres cas, le médecin a diagnostiqué une grossesse gémellaire, ou bien il a confondu le polype avec une des parties fœtales, le plus souvent le sommet, et a appliqué le forceps sur la tumeur. Dans les observations recueillies par M. Chabazian pareille méprise a été commise 14 fois.

---

(1) CHABAZIAN. *Loc. cit.*, p. 79.

(2) DEPAUL. Académie de médecine, séance du 17 janvier 1882, et CADEAC. Thèse de Paris, 1859, p. 18.

(3) *Obstetrical Transactions*, 1871, p. 273.

Enfin, le polype du col et l'inversion utérine peuvent encore être confondus et pris l'un pour l'autre. Dans le polype en effet, on trouve, comme dans l'inversion, une tumeur arrondie munie d'un pédicule et émergeant de l'orifice du col. Dans les deux cas il y a une tumeur plus ou moins volumineuse qui fait saillie à la vulve, et qui pend entre les cuisses de la femme. Sans doute, un examen attentif et une exploration minutieuse permettront de reconnaître la véritable nature de la tumeur. Quand c'est un fibrome on sentira par la palpation pratiquée après l'accouchement le fond de l'utérus plus ou moins élevé au-dessus du pubis; tandis que s'il y a inversion la partie inférieure de l'abdomen et la cavité pelvienne seront libres.

Malgré ces signes, la confusion a été faite et de deux manières différentes : tantôt des inversions ont été prises pour des polypes, tantôt, ce qui est beaucoup plus rare, des polypes ont été pris pour des inversions comme dans l'observation que j'ai rapportée.

M. P. Denucé (1) que la science vient malheureusement de perdre, a pu réunir dans son important *traité clinique de l'inversion utérine*, si riche en documents, 43 exemples de l'erreur de diagnostic qui consiste à prendre une inversion pour un polype, chiffre considérable, si l'on songe que la plus grande partie des erreurs de ce genre n'a certainement pas été dévoilée. « Les noms les plus autorisés de la chirurgie moderne, dit-il, ne manquent pas à cette liste, puisque nous y trouvons Wiliam Hunter, M. A. Petit, Denman, Clarke, Paletta, Bloxam, Johnson, Jobert de Lamballe, Velpeau, Oldham, Le Fort, Gosselin, Lombe Athil, Barnes, etc. C'est une consolation, sinon une excuse pour les chirurgiens qui ont commis la même méprise, de se trouver en si bonne compagnie. »

L'erreur opposée, prendre un polype pour l'utérus en état

(1) *Traité clinique de l'inversion utérine.* Paris, 1883, p. 243 et suivantes.

d'inversion, s'observe, comme je l'ai dit, beaucoup moins fréquemment.

Parmi les rares exemples que j'ai pu trouver, je n'en citerai qu'un seul, il appartient à Guiot, et a été rapporté par Levret dans son mémoire sur les *polypes de la matrice et du vagin* (1).

« Au mois d'avril 1752, M. Guiot fut prié de voir une femme nouvellement accouchée, dont on croyait la matrice renversée et tombée, et trouva une tumeur considérable sortie du vagin, qu'au premier aspect, il crut être un renversement de l'utérus ; mais, trouvant le pouls de la malade assez bon, et cinq heures s'étant écoulées depuis l'accouchement, sans perte de sang considérable, et la sage-femme lui ayant dit que la tumeur avait paru avant la sortie de l'enfant, il conjectura qu'il s'agissait de toute autre maladie. Il examina donc les choses avec beaucoup d'attention, et il reconnut que c'était une espèce de polype utérin, dont la racine, qui partait de l'intérieur de la matrice, se prolongeait à travers son orifice, au côté droit duquel elle était attachée. Le pédicule qui se trouvait isolé et libre dans tout le reste de son étendue, était aplati, large de deux travers de doigts, de différente épaisseur, d'une substance solide. Le corps de la tumeur sortie du vagin, avait le volume de la tête d'un enfant nouveau-né. M. Guiot prit aussitôt le parti de lier la tumeur le plus près qu'il put de l'orifice de la matrice. La tumeur fut soutenue par des serviettes ; on prescrivit un repos exact à la malade. Mais les vives douleurs qui se firent sentir aux lombes et dans l'aine droite, déterminèrent le lendemain M. Guiot à couper la tumeur au-dessous de la ligature qui tomba dès le troisième jour ; l'extrémité du pédicule qui paraissait à l'entrée du vagin, commençait à suppurer ; pendant la suppuration, le pédicule rentra dans l'intérieur. Au reste, la malade n'eut aucun accident ; elle allaita son enfant, et elle fut bientôt parfaitement rétablie. »

Je n'insisterai pas sur le peu de gravité d'une semblable erreur de diagnostic. Le plus souvent les efforts infructueux du médecin pour faire repasser par la boutonnière vulvaire

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. III, 1757, p. 543.

ce qu'il croit être l'utérus en inversion lui montrent qu'il se trompe. Tandis que les conséquences sont bien autrement redoutables quand, prenant l'utérus pour une tumeur il en pratique l'ablation. C'est parce que M. Denucé avait commis une pareille méprise, qui avait amené la mort de son opérée en 48 heures, que le consciencieux chirurgien de Bordeaux a eu l'honnêteté et le courage de publier son livre sur l'inversion utérine. Connaissant mieux cet accident, il espère que le médecin ne sera plus aussi exposé à confondre l'utérus avec un polype et à commettre ainsi une erreur dont les suites peuvent être si funestes.

SALPINGO-OVARITE

TRENTE-DEUX CAS DE SALPINGO-OVARITE TRAITÉS PAR LA LAPAROTOMIE

Par le Dr **Terrillon**, professeur agrégé, chirurgien de la Salpêtrière.

Dans une récente discussion qui eut lieu devant la Société de chirurgie à propos des salpingo-ovarites ou inflammation des trompes et de l'ovaire; j'ai pris la parole pour indiquer quelles étaient mes idées sur la pathogénie et la marche de cette affection. J'avais à ce propos indiqué quel était le résultat de ma pratique jusqu'à ce jour. Ma statistique personnelle comprenait 32 opérations pratiquées par la voie abdominale, pour remédier aux accidents produits par cette maladie, en enlevant les organes lésés.

Cette communication avait été simplement résumée, et je n'ai pu développer en entier le résultat de toutes mes réflexions sur ce sujet si complexe. Les observations que j'avais recueillies, avaient été écourtées et la plupart d'entre elles n'avaient pas été données en entier.

Il me semble donc utile de revenir sur ce travail un peu circonscrit, de lui donner plus de développement, et aussi de publier en entier la plupart des observations qui méritent d'attirer l'attention à cause de leurs caractères spéciaux.

Avant de commencer, je rappellerai que l'histoire de la salpingo-ovarite ou inflammation des annexes de l'utérus, a déjà été étudiée par moi dans le courant de l'année précédente et de cette année.

J'ai lu devant l'Académie de médecine deux mémoires sur ce sujet, suivis d'un rapport de M. le professeur Cornil, en 1887. Un certain nombre d'observations ont été publiées dans les *Annales de gynécologie*, 1887 et 1888.

Un travail fait en commun avec le professeur Cornil, sur l'anatomie pathologique des salpingites a paru dans les *Archives de la physiologie normale et pathologique* (15 novembre 1887).

Devant la Société de chirurgie, j'ai présenté un certain nombre de pièces provenant des opérations que j'avais pratiquées (*Société de chirurgie*, 1887, p. 210 à 346).

Tous ces travaux se trouvent résumés dans deux leçons que j'ai professées à la Salpêtrière, publiées par le *Bulletin médical* en 1887 et qui se trouvent reproduites dans mon recueil de *Leçons de clinique chirurgicale* paru dernièrement. (Doin, éditeur, 1888.)

Toutes ces publications indiquent que je suis suffisamment autorisé à émettre mon opinion sur ce point si intéressant de la chirurgie abdominale.

Mon intention n'est pas de discuter à fond cette question, car je ne ferais que répéter ce que j'ai dit à ce sujet, et rappeler ce qui est connu par les nombreux auteurs qui ont étudié cette question. Je me contenterai donc de traiter quelques points principaux qui me semblent devoir être élucidés plus spécialement et qui ont déjà été envisagés par ceux qui ont publié les travaux les plus récents.

Ce mémoire comprendra 3 parties. La première sera consacrée à ma statistique personnelle.

Je ne donnerai comme pièces justicatives que les observations les plus intéressantes. Comme quelques-unes ont été publiées dans les mémoires indiqués plus haut, je fournirai les indications spéciales.

Dans la seconde partie, j'indiquerai mon opinion sur la pathogénie et la marche de cette maladie, en discutant les opinions contraires. Enfin je terminerai dans le troisième chapitre par quelques réflexions à propos du manuel opératoire et en insistant sur les conclusions qu'on peut tirer actuellement de l'étude des salpingites.

I. — *Statistique.*

Les 32 salpingites que j'ai opérées, peuvent se diviser en quatre groupes distincts, surtout au point de vue des lésions anatomiques constatées au niveau de la trompe et de l'ovaire. Cette séparation me semble utile, car chacun de ces groupes présente une physionomie qui lui est propre et j'espère démontrer plus loin, que chacun donne des résultats différents, après l'opération.

Mes opérations comprennent : cinq hémato-salpingites, dix-neuf pyo-salpingites, six salpingites simples ou catarrhales, deux salpingites kystiques. Je passerai en revue chacun de ces groupes en insistant sur quelques observations plus intéressantes et plus instructives ; je terminerai en insistant sur une classe absolument distincte au point de vue chirurgical. Je veux parler des salpingites accompagnées ou compliquées d'accidents aigus et menaçants du côté du péritoine, c'est-à-dire de la *pelvipéritonite aiguë.*

A. *Hémato-salpingites.* — Ces opérations sont au nombre de cinq. Dans trois cas, les trompes remplies de sang, oblitérées et adhérentes au péritoine, furent enlevées en totalité, ainsi que l'ovaire ; les malades ont guéri.

Une seule parmi ces trois observations mérite d'être signalée. La malade a présenté depuis cette double opération des pertes revenant à intervalle régulier. Cependant l'ablation des annexes de l'utérus a été pratiquée complètement, puisque les pièces ont été dessinées avec soin et examinées ensuite par M. Cornil.

Les règles ont donc persisté chez elle malgré l'extraction

complète des deux trompes et des deux ovaires ; elle persistent encore actuellement et cependant l'opération a été pratiquée le 7 mars 1887 (1).

Ici l'utérus était volumineux et altéré depuis longtemps, et son état de maladie suffirait peut-être pour expliquer cette persistance des pertes sanguines.

Je livre ce fait à la réflexion de ceux qui croient que la présence de la trompe et de l'ovaire est indispensable à la régularité de la menstruation, car ici il ne peut y avoir de doute sur l'ablation de ces deux annexes, que j'ai faite avec le concours de mon ami, le Dr Bouilly. Je signalerai un fait semblable à propos des pyo-salpingites doubles, opérées, guéries.

Les deux autres cas d'hémato-salpingite sont un peu spéciaux et méritent d'attirer un instant l'attention.

Dans le premier, il s'agit d'une jeune fille de 18 ans (2), souffrant dans le ventre depuis l'époque d'apparition de ses règles, vers l'âge de 14 ans. Une tumeur volumineuse occupait le côté droit du bassin et empiétait sur la ligne médiane en immobilisant l'utérus. Elle était fluctuante.

Par une laparotomie médiane, je découvris cette tumeur saillante et en partie libre dans le bassin. Une ponction permit d'extraire 300 gr. de sang noir sirupeux.

J'essayai d'enlever cette poche, mais la trouvant trop adhérente au bassin et à l'utérus, je l'ouvris largement. Elle contenait encore 300 gr. de fibrine noire mélangée avec de l'hématine en cristaux. Un nettoyage complet mit à nu la surface tomenteuse de cette poche.

Les bords de l'ouverture soudés à la paroi abdominale, permirent le drainage de cette trompe. Tout alla bien et la cavité se rétrécit rapidement, mais en restant fistuleuse. C'est alors que se

(1) Obs. II du Mémoire sur les inflammations de la trompe et de l'ovaire. *Arch. de Gyn.*, 1887.

(2) Obs. II du Mémoire intitulé : Trois nouvelles observations d'hémato-salpingite et ovarite, communiqué à l'Académie de médecine, 27 septembre 1887 et publié dans les *Annales de gynécologie*, 1888.

produisit un phénomène curieux, qui indique bien le rôle de la trompe dans la menstruation. Aux prochaines règles, eut lieu par l'orifice fistuleux une perte de sang abondante. Celle-ci se renouvela à chaque époque menstruelle. Ces règles anormales se sont montrées quinze ou seize fois jusqu'à ce jour, puisque l'opération a eu lieu le 17 juillet 1887. Actuellemént cette malade est rentrée dans mon service, la fistule persiste encore, mais elle est sur le point de guérir à la suite d'une cautérisation profonde pratiquée avec le galvano-cautère. La guérison fut définitive le 1er mars 1889.

Il est certain que dans ce cas, l'ablation totale de la poche eût été préférable, et aurait évité la persistance de la fistule. Je crois qu'on peut établir d'une façon à peu près certaine, que cette persistance est due à une structure spéciale de la paroi qui limite la cavité purulente, paroi qui n'est autre que la muqueuse utérine hypertrophiée, laquelle n'a aucune tendance à se cicatriser avant que l'épithélium soit complètement détruit.

Lorsqu'il s'agit au contraire d'un abcès voisin de la trompe et développé dans le tissu cellulaire du bassin ou dans les loges membraneuses du péritoine, la cavité, après son ouverture large, se rétrécit et se comble rapidement sans rester fistuleuse. Ce résultat heureux de l'ablation, je l'ai obtenu chez ma dernière malade atteinte d'hémato-salpingite (1).

Il s'agit de cette femme dont j'ai rapporté l'observation devant l'Académie de médecine. Chez elle les règles se faisaient presque intégralement dans la trompe droite dilatée; depuis deux ans, se formait une tumeur facile à sentir dans le bassin du côté droit. Cette tumeur avait été prise par plusieurs médecins pour un abcès du ligament large.

Ayant reconnu la fluctuation et diagnostiqué la nature de la tumeur, je la ponctionnai pendant l'espace de quatre ans, douze fois par la paroi abdominale; chaque fois la quantité de sang noir extrait variait de 200 à 400 gr. La malade était aussitôt soulagée.

Mais à la prochaine époque menstruelle, cette cavité se remplissait de nouveau; pendant ce temps, quelques gouttes de sang sortaient par le vagin.

Enfin je me décidai à faire l'opération radicale le 5 novembre 1887. Une trompe épaisse, grosse comme les deux poings, con-

(1) Obs. III du Mémoire cité plus haut.

tenant 350 gr. de sang et de la fibrine mélangée d'hématine, fut enlevée en totalité et la malade guérit. La pièce examinée par M. le professeur Cornil montre une hypertrophie énorme et une multiplication étrange des franges de la muqueuse de la trompe dilatée.

B. *Pyo-salpingites.* — Les salpingites purulentes que j'ai eues à traiter chirurgicalement, sont au nombre de dix-neuf et se divisent en deux groupes. Les unes furent enlevées en totalité, ordinairement des deux côtés ; elles sont les plus nombreuses, car je compte quatorze cas de cette variété.

Les autres, au nombre de cinq, ne pouvant être enlevées à cause de leurs adhérences aux parties voisines et de leurs complications, furent drainées par la voie abdominale, c'est-à-dire après avoir pratiqué la laparotomie. J'ai toujours fait le drainage simple sans passer par le vagin.

Les pyo-salpingites, qui furent enlevées en totalité et sont comme je l'ai dit au nombre de quatorze, étaient particulièrement intéressantes ; par leur volume variable et par leur origine ; cinq d'entre elles étaient manifestement dues à la blennorrhagie, les autres à des fausses couches ou suites de couches. C'est dans cette série que j'ai perdu la seule malade qui soit morte parmi mes trente-deux opérées de salpingite.

Il s'agissait d'une femme de 40 ans, qui avait une affection des organes génitaux depuis huit ans. Du côté droit, existait une poche purulente qui se vidait d'une façon incomplète et intermittente dans le rectum. Je l'opérai le 20 octobre 1888 avec le concours de mon ami, le Dr Routier.

Par une incision médiane, j'arrivai, après avoir repoussé les intestins et l'épiploon adhérents, sur la trompe dilatée et fluctuante.

Une ponction donna issue à 350 grammes de pus.

J'eus d'abord la pensée de me contenter de pratiquer le drainage, sans essayer d'enlever la poche en entier. Cependant, après quelques essais, et trouvant la résistance des adhérences assez faibles dans le fond du bassin, au voisinage du rectum, j'entrepris la décortication. Celle-ci fut longue et difficile, la poche se rompit

et j'employai une heure entière pour la séparer de l'utérus. En enlevant le dernier lambeau, j'ouvris une petite poche secondaire purulente, située derrière l'utérus ; elle avait probablement pour origine l'ovaire. Mais il me fut impossible d'enlever cette cavité secondaire que je nettoyai cependant avec soin. Le lavage et le drainage furent pratiqués aussi abondamment que possible, mais la malade mourut le huitième jour de péritonite.

J'étais donc en présence d'un cas complexe, avec opération difficile et étendue, et pour laquelle j'aurais dû me contenter du drainage, opération moins radicale, mais aussi moins dangereuse.

Obs. I. — *Double salpingite muco-purulente d'origine blennorrhagique. — Ablation des deux trompes et des deux ovaires. — Guérison.*

Mme J., âgée de 30 ans, brune, d'une bonne santé habituelle a été réglée à 13 ans et demi et mariée à 23 ans.

Peu après son mariage elle fit une fausse couche de quelques semaines, accompagée d'une hémorrhagie abondante. A la suite elle éprouva des douleurs vives dans le ventre, avec accidents péritonéaux légers.

Cependant depuis cette époque elle souffre dans le bas-ventre des deux côtés; les règles sont très douloureuses et abondantes; elle maigrit depuis quelque mois, se plaint de nausées, de constipation et trouve la vie insupportable.

25 avril 1888. Je l'examine sous le chloroforme avec le Dr Lecoconier et constate deux masses douloureuses de chaque côté de l'utérus, celle de droite est située plus bas que celle de gauche.

Opération, le 24 mars 1888. Du côté droit je trouve une grosse trompe oblitérée remplie de muco-pus, du volume du pouce avec un ovaire adhérent et rempli de poches sanguines. Ces organes sont situés très bas.

Du côté gauche existe la même lésion, mais avec cette différence que les deux organes sont accrochés et adhérents au niveau du bord du détroit supérieur et que l'ovaire est particulièrement gros et congestionné. L'opération est difficile et dure une heure et quart : drainage pendant 36 heures.

La malade est actuellement guérie et enchantée d'avoir subi cette opération.

Obs. II. — *Double salpingite muco-purulente. — Ablation totale. — Guérison.*

Mme X., âgée de 28 ans, souffre depuis plusieurs années de douleurs violentes dans le ventre. Cet état remonte à quelques jours après son mariage qui date de 6 ans. Toujours tourmentée par ces douleurs qui existent de chaque côté du bas-ventre, et qui s'exaspèrent par la marche, la voiture et la plupart des mouvements exagérés, elle maigrit et vomit souvent.

Le Dr Hybord après l'avoir soignée pendant longtemps, mais sans pouvoir arriver à un autre résultat qu'une amélioration toujours passagère des symptômes, diagnostique une double salpingo-ovarite et m'adresse la malade à la Salpêtrière, 15 mai 1888.

En l'examinant à son entrée je constate un utérus mobile et peu douloureux.

Le doigt poussé dans les culs-de-sac latéraux provoque une douleur très vive et insupportable et perçoit la présence d'une petite masse grosse comme une amande, douloureuse et immobile surtout à droite.

L'opération est pratiquée le 30 mai 1888 en présence du Dr Hybord.

J'enlève par la laparotomie deux trompes peu volumineuses, mais aux franges exagérées, elles sont adhérentes faiblement aux parties voisines et à l'ovaire assez gros, contenant des kystes sanguins.

Les suites furent parfaites et la malade sortit après 15 jours.

Le Dr Hybord m'écrit le 28 décembre 1888 que cette jeune femme souffre encore un peu à gauche, mais que son état général est très amélioré et très supportable.

L'utérus est mobile, le ventre souple et on ne sent aucun empâtement à côté de l'utérus dans le bassin.

Obs. III. — *Double salpingite muco-purulente. — Ablation des deux annexes. — Guérison.*

Mme X., âgée de 32 ans, blonde, ordinairement bien portante.

Elle fut réglée à l'âge de 15 ans, ses règles avançaient de quelques jours. Mariée à 23 ans, elle éprouve peu de temps après

des hémorrhagies assez abondantes avec douleurs dans le ventre. Mais tout cesse pour la laisser en repos jusqu'à 27 ans.

A cette époque, nouvelle perte accompagnée de douleur; depuis cette époque elle souffre continuellement à droite, surtout quand elle fatigue.

A 30 ans, elle éprouve encore les mêmes phénomènes avec pertes et douleurs vives. Ces accidents se renouvellent plusieurs fois à intervalles irréguliers, lorsque le 5 novembre 1887 elle est prise d'une perte plus violente avec des accidents péritonéaux légers et passagers. Depuis qu'elle est malade elle est devenue impressionnable, son caractère a changé, et elle se plaint presque continuellement de douleur dans le ventre.

Le 9 avril 1888 appelé auprès d'elle par le Dr Auvard, je l'examine avec soin sous le sommeil chloroformique.

Le col est petit, conique et tourné en haut et à gauche. La cavité utérine mesure 7 centim., en rétroversion prononcée. L'utérus est repoussé à gauche. Dans le cul-de-sac droit on sent une petite masse douloureuse séparée de l'utérus par un sillon, elle est perçue entre le doigt placé dans le vagin et la main appliquée sur l'abdomen.

Du côté gauche, la même sensation existe, mais plus vague. Des deux côtés la douleur à la pression est très vive.

La malade désire attendre avant de se faire opérer, finalement elle se décide le 31 octobre 1888.

Après l'ouverture de l'abdomen j'enlève une trompe grosse comme le doigt, hypertrophiée, oblitérée, adhérente à un ovaire recouvert de fausses membranes. Ces organes sont situés à gauche dans le cul-de-sac de Douglas à côté de l'utérus.

Du côté droit, existe la même lésion, mais les annexes sont situées plus haut presque vers le détroit supérieur.

La section du pédicule est pratiquée avec le thermocautère. Une hémorrhagie d'un des pédicules augmente la durée de l'opération.

Les suites furent presque nulles et la malade quitta la maison de santé le 25e jour, parfaitement guérie.

Cinq trompes suppurées, volumineuses, ne furent pas enlevées, mais après une laparotomie médiane, et une ponction suivie d'évacuation, elles furent soudées à l'ouverture abdominale et drainées.

Deux de ces cas ont laissé une fistule persistante qui a duré, l'une six mois, l'autre huit mois. Deux de ces observations ont été publiées dans un mémoire (1) sur l'*ouverture des abcès profonds du bassin par la laparotomie*. Je montre dans ce travail que l'ouverture des abcès de la trompe par la laparotomie est, dans certains cas, plus facile et plus avantageuse que par les autres voies, ainsi que Lawson Tait et quelques chirurgiens américains nous l'ont enseigné.

A propos de ces faits, je crois utile de vous signaler un cas intéressant que j'ai opéré dernièrement, à la Salpêtrière, où elle m'a été adressée, par le Dr Lecoconier. La malade est sortie guérie de mon service.

Mme X..., âgée de 29 ans, entre à la Salpêtrière, le 6 novembre 1888. Une couche suivie d'accident, a été, il y a 12 ans, la cause de ses ennuis. Une poussée aiguë de péritonite la tient au lit depuis deux ans, avec frissons et amaigrissement progressif.

Elle portait du côté gauche une tumeur fluctuante, très volumineuse, occupant le bassin, reconnaissant pour origine une fausse couche déjà ancienne.

Opération, 8 novembre 1888.

Cette tumeur fluctuante était tellement appliquée contre la paroi abdominale antérieure, jusqu'à l'ombilic, qu'elle semblait faire partie de cette paroi. Elle formait le plastron abdominal si souvent décrit par les gynécologistes et à propos duquel on a beaucoup discuté. Je me décidai, à cause de cette disposition, à aller directement à la recherche du pus par la partie la plus saillante de la tuméfaction, c'est-à-dire au-dessous de l'arcade de Fallope à gauche. Mais, après avoir incisé la paroi abdominale, je tombai dans la cavité péritonéale qui était intacte, sans adhérences ; je pus, alors, avec ma main introduite dans l'abdomen, examiner la disposition de la partie malade et faire le tour de la tumeur, qui était libre dans le péritoine, excepté vers sa base et derrière le pubis ; c'était bien la trompe dilatée par du liquide. Une ponction donna plus de 900 grammes de pus.

Une exploration attentive me montra qu'il serait dangereux de

(1) *Bull de la Soc. de chir.*, 1887, p. 367

l'enlever ; je l'ouvris largement et la soudai à la plaie abdominale en établissant un large drainage.

Actuellement, la malade va bien et sa fistule après avoir suivi son cours ordinaire s'est fermée en janvier 1889.

La trompe dilatée était donc ici assez volumineuse pour se mettre en contact direct avec la paroi abdominale sans laisser un espace libre occupé par les intestins et l'épiploon.

J'ai insisté sur ce fait intéressant, car il est un exemple frappant et très démonstratif de la cause qui provoque la formation du *Plastron abdominal*. On sait que les auteurs ont insisté beaucoup sur ce signe des inflammations du bassin, connu sous le nom de *Plastron*, celui-ci donne la sensation d'une masse dure située au-dessus de l'arcade de Fallope se rendant plus ou moins haut vers l'ombilic. Ils en ont donné des explications diverses. On a beaucoup discuté sur son origine.

Les uns admettent que l'inflammation développée dans le ligament large gagne le tissu cellulaire sous-péritonéal qui occupe la face postérieure du pubis, s'infiltre en décollant le péritoine et gagne ainsi la face antérieure de l'abdomen.

Les autres croient avec M. Guérin que cette inflammation se développe autour d'un ganglion situé au niveau du trou obturateur. La périadénite ainsi développée se propagerait au-dessous du péritoine en le décollant et formerait ainsi une masse inflammatoire accessible derrière la paroi abdominale.

Or chez ma malade, je constatai une plaque indurée, située derrière la paroi abdominale et qui lui semblait adhérente, c'est-à-dire un *plastron*. Cependant la poche formée par la trompe n'était et ne pouvait être sous-péritonéale, mais venait s'appliquer par simple contact contre la paroi abdominale.

Cette condition a une grande importance, car elle montre combien sont trompeuses les explications purement théoriques des anciens auteurs, qui n'avaient appuyé leur théorie sur aucune preuve et sur aucune constatation directe.

J'ajouterai, sans entrer dans de plus grands développe-

ments, que je me réserve de démontrer plus tard, d'une façon spéciale, que dans quatre autres opérations pratiquées pour des suppurations de l'ovaire et de la trompe, j'ai trouvé la même disposition.

Chaque fois, il existait un plastron abdominal facile à sentir au-dessus de l'arcade de Fallope. Chaque fois, après l'ouverture de l'abdomen, je trouvai la trompe volumineuse suppurée ou non, appliquée derrière l'arcade et adhérente à la paroi abdominale. Quelquefois, l'épiploon adhérent au bord du bassin, épaissi et enflammé, était interposé entre les annexes malades et la paroi abdominale.

Ce fait n'a rien qui doive nous étonner, car dans le cours de mes opérations de salpingite, j'ai trouvé l'ovaire et la trompe adhérents et fixés dans les portions les plus diverses.

Le plus souvent dans les culs-de-sac de Douglas, à côté de l'utérus.

Souvent plus haut, vers la corne utérine derrière la symphyse.

Quelquefois, au niveau du détroit supérieur latéralement.

Mais deux fois j'ai trouvé l'ovaire et la trompe encore peu volumineux, apppliqués immédiatement derrière la paroi abdominale vers l'arcade de Fallope.

Dans un cas les organes étaient avant l'opération faciles à sentir dans cette situation ils formaient un petit plastron large comme une pièce de cinq francs, dur et douloureux à la pression.

Aussitôt que les organes ainsi fixés augmentent de volume par le fait de l'inflammation et qu'ils provoquent autour d'eux cette production si abondante de membranes fibreuses et de tractions inflammatoires si communes dans les inflammations péritonéales, une plaque se produit derrière la paroi abdominale. Cette plaque varie d'étendue et d'épaisseur, mais elle est toujours intrapéritonéale et nullement sous-péritonéale comme on l'a prétendu (1).

---

(1) Sur le même sujet, j'ai fait paraître un mémoire dans les Archives de tocologie, mars 1889.

Une autre observation à peu près semblable mérite aussi d'être rapportée ici, car elle montre que la salpingite purulente peut succéder à des accidents puerpéraux graves. Chez cette malade, la septicémie a cessé grâce aux lavages intra-utérins, mais la maladie ayant gagné la trompe, celle-ci a suppuré.

OBS. IV. — *Salpingite volumineuse suppurée du côté droit à la suite d'une couche. — Ouverture large par la laparotomie. — Guérison.*

Mme G.., âgée de 30 ans, blonde, de bonne santé habituelle, a eu un premier enfant à l'âge de 19 ans, sans accidents et une seconde couche très simple à 28 ans.

Enfin, il y a trois mois, octobre 1888, une couche assez difficile, qui fut suivie 24 heures après d'accidents graves, probablement dus à la rétention d'une parcelle de placenta qui s'est altérée.

Son médecin, M. le Dr Weper, pratiqua des lavages intra-utérins répétés et avec grand soin, il put empêcher ainsi les phénomènes d'infection générale; la septicémie fut enrayée. Mais il se produisit en même temps une pelvi-péritonite assez sérieuse, surtout du côté droit.

Celle-ci laissa après elle un empâtement douloureux et profond repoussant l'utérus à gauche, et qui présenta bientôt tous les signes de la suppuration.

Appelé en consultation auprès de cette malade le 1er décembre 1888, je constate la présence d'un volumineux abcès situé dans la trompe du côté droit; avec fièvre presque constante, sueurs abondantes, amaigrissement progressif et alimentation presque nulle.

La poche fluctuante facile à sentir se prolongeait à droite et en haut jusqu'au niveau de l'ombilic.

La malade fut transportée dans une maison de santé le 12 décembre et opérée le 14 décembre avec le concours du Dr Weper et de M. Coffin, interne des hôpitaux. Par une laparotomie médiane, je pénétrai dans le péritoine, l'épiploon adhérent légèrement aux parties profondes fut refoulé en haut et bientôt j'eus sous le doigt la notion exacte d'une poche irrégulière, bosselée, adhérente au

côté droit du bassin et au pubis, mais libre dans tout le reste de sa surface.

Comme la paroi pouvait être attirée facilement au niveau de l'orifice abdominal, je l'ouvris lentement, en ayant soin de protéger le péritoine, et vidai la poche qui contenait environ quatre cents grammes de pus.

Les bords furent soudés à l'ouverture abdominale, après nettoyage parfait de la poche qui descendait profondément dans le bassin. Un drainage fut institué et la cavité en partie remplie avec la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent parfaites ; la fièvre disparut complètement, et l'appétit revint aussitôt, en même temps que le faciès reprenait son aspect habituel.

Des lavages journaliers de la poche empêchaient toute infection.

La malade rentra chez elle le 3 janvier 1888, ne présentant plus qu'une fistule peu profonde qui se ferma bientôt après.

Les exemples que je viens de citer prouvent qu'on a quelquefois à choisir entre l'ablation qui peut être dangereuse, mais plus radicale, ou le drainage plus sûr, mais beaucoup plus lent et qui laisse souvent une fistule très rebelle.

C. *Salpingites catarrhales.* — J'ai opéré six malades atteintes de salpingite catarrhale. Dans ces cas, la trompe un peu hypertrophiée, ordinairement oblitérée au niveau de son pavillon avec des franges épaissies, était adhérente aux parties voisines ainsi qu'à l'ovaire, recouvert lui-même de fausses membranes rouges et vasculaires.

Dans ces conditions, la trompe ne contient pas de liquide, sa muqueuse et surtout sa tunique musculaire sont épaissies et hypertrophiées, principalement quand l'inflammation date de longtemps. C'est dans cette variété de salpingite que certains auteurs ont cru à l'intégrité de la trompe. Cependant la présence d'adhérences à sa surface et son union assez intime avec le péritoine ne laissent aucun doute ; l'examen histologique, du reste, permet d'affirmer la nature des lésions. Celles-ci existaient toujours dans les trompes que j'ai enlevées.

Dans toutes ces observations, sauf une, j'ai enlevé les deux trompes et les deux ovaires, après les avoir détachés avec plus ou moins de difficulté, des parties voisines. Elles occupent, comme toutes les salpingites, les sièges les plus variables, le plus souvent à côté de l'utérus, assez bas dans le cul-de-sac de Douglas, mais souvent aussi derrière le pubis ou même accolées vers le bord latéral du détroit supérieur.

Chez une de mes malades (obs. V), je me suis contenté d'enlever les organes d'un seul côté et j'ai laissé les autres en place, mais après avoir déchiré les adhérences faibles, semblables à une toile d'araignée qui la recouvraient et l'unissaient lâchement aux parties voisines. L'opération date du 10 décembre 1888. Le cas est trop récent pour que je puisse savoir si j'ai agi sagement, et si je n'aurais pas mieux fait d'enlever les deux annexes; mais il s'agissait d'une femme très jeune, âgée de 28 ans à peine, et qui m'avait supplié de ne pas la priver de l'espoir d'avoir un autre enfant.

Obs. V. — *Salpingite ancienne d'origine inconnue. — Ablation des annexes dun seul côté. — Guérison.*

Mme D., âgée de 31 ans, est brune, mais est assez chétive.

A quinze ans elle eut une fièvre typhoïde, longue, peu grave, mais qui laissa une santé chancelante.

Réglée à 16 ans, elle se maria à 19 ans, et fit successivement quatre fausses couches, qui la fatiguèrent beaucoup.

Depuis cette époque, surtout depuis la dernière, elle souffre continuellement dans l'abdomen.

En 1881, elle avait alors 24 ans, elle fut soignée à Paris pour une métrite et fit peu après une nouvelle fausse couche.

Enfin en 1883 survint une dernière fausse couche, au moins d'après son dire.

Les douleurs du ventre se sont accentuées depuis cette époque : les règles devinrent douloureuses et irrégulières, puis elles disparurent il y a 18 mois. Elles ont fait place à un écoulement séro-purulent survenant brusquement à chaque époque menstruelle,

et précédé de douleurs. Cet écoulement persiste ensuite pendant quelques jours.

Par le toucher on sent l'utérus en place, peu mobile, peu douloureux, mais il est facile de constater deux masses douloureuses très sensibles à la pression et séparées de l'utérus par un sillon.

L'opération a lieu le 28 mai 1888.

Des adhérences épiploïques nombreuses et résistantes gênent beaucoup la pénétration de la main au fond du bassin.

J'enlève avec peine l'ovaire et la trompe du côté gauche, très malades et très adhérents.

Il m'est impossible d'enlever les organes du côté droit, qui sont fixés solidement au fond du bassin, formant à peine relief et qui semblent atrophiés et englobés dans une gangue fibreuse épaisse.

Drainage pendant 48 heures.

La malade guérit rapidement et se trouva très soulagée. Cependant elle m'a donné de ses nouvelles, 3 décembre 1888, elle souffre encore du côté droit.

Sur une malade je me suis contenté de libérer les adhérences qui unissaient les trompes et les ovaires aux parois du bassin. Il me semblait que les trompes étaient peu altérées et je suppose que dans ce cas les lésions de ces organes qui avaient quatre ans auparavant causé une légère poussée de péritonite, s'étaient atténuées et que les phénomènes inflammatoires avaient disparu dans leur intérieur.

La présence des fausses membranes qui les unissaient aux parties voisines et gênaient leur fonctionnement et leur déplacement normal, étaient probablement la cause des douleurs, des tiraillements et des inconvénients variés qu'éprouvait la malade et qui l'avaient poussée à réclamer à tout prix une opération qui pût la soulager.

OBS. VI. — *Double salpingite catarrhale. — Mobilisation des annexes. — Déchirure des adhérences sans ablation. — Guérison.*

Mme P., âgée de 35 ans, entre à la Salpêtrière le 1er décembre 1888.

Réglée à 18 ans, elle eut quatre grossesses, la dernière il y a 9 ans, elle avait alors 26 ans. Après cette couche il y eut un acci-

dent violent du côté du péritoine, probablement une poussée de pelvi-péritonite, qui dura près de quatre mois, pendant lesquels la malade garda le repos.

Quelque temps après cette maladie, elle eut une période de pertes sanguines prolongées qui l'affaiblirent beaucoup. Enfin, depuis cinq ans, elle souffre dans le bas-ventre presque continuellement surtout en marchant, et est sujette à des crises nerveuses et douloureuses souvent très pénibles. En l'examinant on provoque une douleur vive des deux côtés dans le bas-ventre.

L'utérus est gros, entr'ouvert, hypertrophié, avec rétroversion légère.

De chaque côté, le doigt rencontre une petite masse douloureuse qui correspond aux annexes de l'utérus. En présence de ces constatations et de l'état maladif de cette femme, je lui proposai l'ablation des parties malades.

L'opération eut lieu le 27 décembre 1885. Après avoir ouvert l'abdomen j'eus à déchirer des adhérences faibles et molles pour parvenir dans le fond du bassin.

Je trouvai les annexes de chaque côté, adhérant faiblement aux parties voisines par des tractus fibreux lâches et faciles à déchirer. Les ayant attirées au dehors après leur mobilisation, je constatai que les trompes étaient un peu rouges, légèrement épaissies, mais ne semblaient pas très altérées.

Je me décidai donc à les libérer complètement et à les mobiliser, et après avoir nettoyé avec soin le péritoine, elles furent remises en place. L'opération avait duré 20 minutes.

Les suites furent parfaites et la malade est actuellement soulagée complètement des douleurs qui l'incommodaient auparavant.

Pour terminer ce chapitre je donne avec quelques détails d'autres observations de salpingite catarrhale ordinaire. Dans ces cas la maladie des trompes était caractérisée par des désordres peu considérables, mais qui ont nécessité l'ablation totale à cause de la déformation des trompes, de leur épaississement et des adhérences qui les unissaient intimement aux parois du bassin.

Obs. VII. — *Salpingite catarrhale double. — Ablation des deux ovaires et d'une trompe. — Guérison.*

Mme X..., âgée de 32 ans, entre à la Salpêtrière le 20 juin 1888.

Réglée à 12 ans et demi, elle eut un enfant à 17 ans ; à 23 ans elle fit une fausse couche qui laissa des troubles sérieux du côté des organes génitaux.

Depuis cette époque ses règles sont plus abondantes et plus douloureuses. Elle ne peut ni marcher ni travailler. Des envies d'uriner fréquentes la fatiguent beaucoup.

Par le toucher on trouve l'utérus volumineux ; le col entr'ouvert est un peu immobilisé.

De chaque côté de cet organe il est facile de percevoir par le palper et le toucher combinés une masse douloureuse, immobile et bosselée.

La malade réclame énergiquement l'opération. Celle-ci est pratiquée le 1er juillet 1888.

La trompe et l'ovaire droits adhérents et malades sont enlevés avec peine.

Du côté gauche, je peux enlever l'ovaire, mais la trompe est tellement adhérente, est confondue avec le péritoine, dans lequel elle est pour ainsi dire incrustée, que je ne peux faire aucune tentative et je la laisse en place.

Guérison.

Obs. VIII. — *Double salpingite. — Ablation des deux ovaires et d'une trompe. — Guérison.*

Mme G., âgée de 27 ans. Entre à la Salpêtrière, le 26 juin 1888.

Réglée à 12 ans, assez régulièrement, elle eut un enfant à 17 ans. L'accouchement fut laborieux et laissa une affection douloureuse du bas-ventre qui dura deux mois et demi.

Elle eut, quelque temps après, une pleurésie assez suspecte avec hémoptysie et amaigrissement rapide. Depuis cette époque, la malade fit successivement trois fausses couches à intervalles irréguliers, la dernière date de plus d'un an.

Mais depuis cette époque, les douleurs qu'elle éprouvait dans le ventre ont augmenté beaucoup, les règles sont devenues très abondantes et douloureuses.

La marche et le travail sont très pénibles à cause des douleurs. Des envies d'uriner fréquentes ont compliqué encore cette maladie.

L'examen de la malade permet de constater une douleur très vive, existant à la pression de chaque côté du bas-ventre.

Par le toucher, on trouve l'utérus entr'ouvert, la lèvre antérieure est hypertrophiée ; l'utérus, légèrement rétrofléchi. A côté de lui, existent profondément deux petites masses douloureuses.

Opération, 5 juillet 1888. Après l'ouverture de l'abdomen, je déchire des adhérences épiploïques et intestinales, et j'enlève la trompe et l'ovaire droit très adhérent. Je ne peux enlever que l'ovaire gauche, car la trompe est ici très adhérente, appliquée contre la paroi du bassin, et je crois dangereux de chercher à la détacher avec violence.

Les suites furent bénignes, et la malade sortit guérie de la Salpêtrière.

Obs. IX. — *Double salpingo-ovarite. — Ablation. — Guérison.*

M. J., entre à la Salpêtrière le 29 octobre 1888, elle est âgée de 28 ans. Réglée à l'âge de 13 ans, ses règles ont toujours été abondantes.

Mariée à 20 ans et demi ; elle eut successivement plusieurs fausses couches et une couche à terme sans accidents.

Mais le 24 février 1887 elle accoucha à terme pour la dernière fois, une perte abondante se déclara après la délivrance ; on fit plusieurs lavages intra-utérins. Elle se remit assez rapidement et deux mois environ après reprit ses occupations. Mais depuis cette époque des douleurs violentes dans le bas-ventre la tourmentent continuellement, elles sont exagérées par la marche et la moindre fatigue.

Depuis quelque temps elle maigrit, avec des nausées et de la constipation ; les douleurs du bassin augmentent.

Cette femme désire beaucoup être débarrassée de cette infirmité qui l'empêche de gagner sa vie.

Par le palper abdominal on provoque une douleur vive dans la région des deux trompes.

Le toucher permet de reconnaître profondément, à côté de l'utérus, deux masses indurées avec empâtement périphérique.

Le col est normal et la cavité utérine mesure 8 centimètres et est en rétroflexion.

L'opération est pratiquée le 13 *novembre* 1888.

Les deux trompes et les deux ovaires adhérents sont enlevés. Les trompes sont oblitérées et grosses comme le petit doigt. Pas de drainage. Guérison.

Obs. X. — *Salpingite catarrhale. — Ablation d'une trompe avec l'ovaire correspondant. Les annexes de l'autre côté atrophiées et adhérentes sont laissées en place. — Guérison.*

Mme D., âgée de 30 ans, a eu deux grossesses l'une il y a 7 ans, l'autre 3 ans.

Depuis cette dernière couche qui a nécessité un séjour au lit de plus de six semaines, à cause des accidents survenus peu après, la malade souffre dans le bas-ventre des deux côtés.

Elle a maigri, souffre continuellement et surtout au moment des règles qui sont abondantes. Elle ne peut travailler.

L'utérus est peu mobile, en rétroflexion légère. Du côté gauche on sent une masse dure, douloureuse qui se déplace à peine.

Il en est de même du côté droit; mais la petite tumeur est moins appréciable.

Opération le 10 *décembre* 1888. Après l'ouverture de l'abdomen, je trouve l'épiploon adhérent, et au-dessous de lui des tractus fibreux qui unissent lâchement entre elles quelques anses intestinales.

Du côté gauche la trompe encore mobile, mais adhérente par des filaments aux parois du bassin. L'ovaire est soudé assez intimement au péritoine ; les adhérences qui l'unissent saignent facilement.

Ces deux organes sont enlevés ensemble. La trompe est un peu plus grosse et son pavillon dont les passages sont hypertrophiés, semble oblitéré.

Du côté droit, les organes sont lâchement unis au péritoine, je me contente de déchirer ces moyens d'union et après les avoir attirés au dehors et vérifié leur intégrité relative, je les remets en place. Guérison.

Obs. XI. — *Salpingite double et ancienne. — Ablation des deux annexes. — Drainage. — Guérison.*

Mme I.., âgée de 38 ans, m'est recommandée par le Dr Budin.

Cette femme a depuis une douzaine d'années à la suite d'une

fausse couche des troubles du côté des trompes et des ovaires.

Elle est surtout incommodée par les douleurs continues du côté du bassin de chaque côté, qui l'empêchent de marcher et de se livrer à ses occupations. Les règles sont abondantes et très douloureuses.

Des troubles digestifs graves troublent beaucoup cette malade : enfin la vie est chez elle insupportable ; aussi elle se décide à subir une opération radicale.

Opération le 31 *décembre* 1888.

La malade supporte mal le chloroforme et a une syncope dès le début de l'opération.

Ouverture de l'abdomen sur la ligne médiane. Je trouve des adhérences de l'intestin et de l'épiploon qui sont difficiles à déchirer et j'ai grand'peine à pénétrer dans le fond du bassin.

De chaque côté, la trompe est appliquée contre les parois, très bas, contre la paroi vaginale ; l'ovaire est aussi très adhérent. Pendant une demi-heure, je cherche à les dégager, sans y parvenir, mais cependant je détruis les adhérences qui les masquent.

Enfin je parviens à extraire .par lambeaux et avec peine les annexes du côté gauche en les déchirant et je place une ligature sur l'angle de l'utérus.

A droite l'ovaire est enlevé en totalité, mais je ne peux extraire qu'une partie de la trompe, dont la portion externe reste en place : elle est tellement accolée au péritoine qu'on ne peut la séparer.

Ces désordres ont donné du sang en assez grande quantité. Le nettoyage est fait avec des éponges. Je place un gros drain jusque dans le fond du bassin.

Pansement avec la gaze au salol.

L'opération a duré une heure et demie.

Le soir, vomissements abondants, la malade urine seule 37°,2. P. 80.

1er janvier 1889. Pas de gaz par l'anus, pas de ballonnement. Urine seule. 37°,6. P. 80. Un peu de douleur.

Le suintement a été abondant, et le pansement renouvelé.

Le 2. 37°,6. P. 80. Un peu de douleur du côté gauche. Pas de ballonnement ; des éructations. La malade urine seule.

Le tube est coupé aux trois quarts, il est rempli de sang fluide et noir.

La guérison était complète après un mois.

(*A suivre.*)

EMPLOI DE L'IODOFORME
DANS LE TRAITEMENT DE LA MÉTRITE CHRONIQUE

Par MM. les Drs **Roux** et **Schnell**,
Chefs de clinique à l'École de médecine de Marseille.

Parmi les affections qui, jusqu'à nos jours, ont le plus exercé la patience du médecin, la métrite chronique tient, sans contredit, un rang important. Les insuccès dans le traitement ont, pendant longtemps, été la règle; c'est que les médications étaient souvent bien peu appropriées, bien peu en rapport avec la nature de la maladie. Aujourd'hui, au contraire, on arrive à guérir cette affection réputée auparavant presque incurable; c'est que grâce à l'anatomie pathologique et à l'étiologie on a mieux connu comment devait être dirigée la thérapeutique.

Agir directement sur la muqueuse utérine, tel doit être le but principal du traitement des métrites. Certainement l'étiologie nous enseigne que la métrite est parfois d'origine dyscrasique et qu'à négliger l'état général, chlorose ou artério-sclérose (1), on s'exposerait à de fréquents mécomptes ou tout au moins à des guérisons momentanées et simplement apparentes. Mais, ce groupe étiologique mis à part, on peut affirmer que dans la grande majorité des cas, toute métrite a une origine virulente (2). En raison même de l'extériorité de la cause, c'est la muqueuse utérine qui est la première atteinte. Cette localisation en surface conduit au principe thérapeutique de l'action directe; il faut traiter le foyer initial, le foyer d'entretien, c'est-à-dire la muqueuse malade.

Or, à écouter certains auteurs, l'hésitation ne serait plus de mise, et le curage seul aurait mission de venir à bout d'une affection si rebelle; les applications de topiques intra-

(1) Martineau. *Soc. obst. et gyn. de Paris*, 13 janvier 1887.
(2) Doléris. *Soc. obst. et gyn. de Paris*, 13 janvier 1887.

utérins seraient moins efficaces et plus dangereuses. Les attaques ont porté il est vrai plus spécialement sur l'usage des cautérisations intra-utérines qui auraient « multiplié le nombre des accidents, alors que le curage s'est affirmé de plus en plus » (1).

C'est là, croyons-nous, prendre la question par le mauvais côté et les auteurs précédents devaient fatalement se heurter à des résistances bien justifiables. Pajot a relevé l'attaque contre les cautérisations, au nom de ses quarante années de pratique (2); si l'on voulait faire le procès du curage on trouverait bien des arguments contre le procédé.

Les critiques passionnées dans l'un et l'autre sens sont injustes : il faut savoir reconnaître à chacun de ces modes de traitement des indications qui imposent, selon les cas, leur usage, et l'éclectisme doit ici être la règle. N'oublions pas que nous avons affaire à un organe capricieux : « Il y a des utérus qui ne supportent rien, il y en a qui supportent tout » a dit Pajot (3). Encore faut-il que le médecin soit assez judicieux pour lui faire supporter le minimum indispensable à la guérison.

Il est en effet des cas où d'iodoforme par exemple a produit les plus heureux effets. Pourquoi alors de parti-pris se priver des bénéfices de son action moins brutale que celle du curage, plus facilement acceptée et qui nous a donné des résultats que ne répudieraient certainement pas les admirateurs exclusifs du curage. En outre celui-ci n'est pas toujours applicable ; tantôt, c'est le refus de la part de la malade, de toute intervention énergique (obs. I), tantôt c'est un état subaigu avec fièvre (obs. II), tantôt une extension trop grande prise par le mal dans la tuberculose génitale (obs. III). C'est dans des circonstances analogues que l'iodoforme pourra rendre de grands services.

---

(1) *Nouvelles Arch. de gynécologie*, mai 1888.

(2) *Annales de gynécologie*, juin 1888.

(3) Soc. obst. et gyn. de Paris, 14 avril 1887.

Le traitement iodoformé a d'ailleurs déjà fait ses preuves en gynécologie comme en obstétrique dans les phlegmasies utérines.

Kisch Henrich Steinrich (1) fut le premier, en 1879, à employer l'iodoforme contre les métrites. Dans plus de 50 cas il eut à se louer de l'emploi topique de cette substance à qui il reconnaît une triple action : résolutive, substitutive et anesthésique. Il use de la composition suivante : iodoforme, 1 partie; glycérine, 10 parties; il ne constate aucun inconvénient dans la médication et pose trois indications à son emploi :

a. États hyperplasiques de l'utérus compliqués d'endométrite chronique, notamment quand l'hypertrophie du col semble être la cause principale des troubles.

b. États catarrhaux et hyperplasiques invétérés de la muqueuse du col.

c. Inflammations chroniques de l'utérus avec phlegmasie des annexes, du péritoine et du tissu cellulaire pelvien.

Les résultats obtenus par Kisch n'attirèrent guère l'attention du public médical qu'en Allemagne. En 1880, Martin (2), Kurtz (3); en 1881, Löwy (4); en 1882, Rehfeldt (5), Weissemberg (6), Van den Boch (7), Bayer (8), Mann (9), Schucking (10); en 1883 Graefe et Martin (11) montrèrent les grands avantages du traitement iodoformé dans la métrite. Enfin en 1884, Ehrendorfer (12) publie les résultats de la clinique

(1) *Berl. Kl. Woch.*, 1879, 29 décembre, n° 52, p. 769. L'iodoforme en gynécologie.

(2) *Centralbl. f. Gyn.*, 1880. De l'iodoforme en gynécologie.

(3) *Allg. med. cent. Zeitung*, 1880, 28 février.

(4) *Wien. med. press.*, n° 43, 1881.

(5) *Berl. Klin. Woch*, n° 9, 1882.

(6) *Berl. Klin. Woch*, n° 11, p. 171, 13 mars 1882.

(7) *Bull. Ac. méd. de Bruxelles*, vol. XVI, n° 2, 1882

(8) *Centralb. f. Gyn.*, n° 10, 1882.

(9) *Centralb. f. Gyn.*, 1882, n° 7.

(10) *Centralb. f. Gyn.*, 1882, n° 13.

(11) *Berl. Klin. Woch.*, 1883, 18 décembre.

(12) *Arch. f. Gyn. Band* XXII, Heft 1, 1884.

obstétricale du Prof. Spath, de Vienne, où l'iodoforme est seul employé contre les phlegmasies utérines; on y fait usage de crayons ainsi formulés:

Iodoforme en poudre..............	20 gr.
Gomme arabique..................	2 gr. ââ
Glycérine	
Amidon	

pour 3 crayons de 5 à 6 centimètres de longueur; chaque crayon renferme ainsi un peu plus de 6 grammes d'iodoforme; d'après les expériences de Kowalski on peut sans danger d'intoxication atteindre la dose de 6 grammes par jour. L'introduction dans l'utérus du crayon iodoformé se fait à l'aide d'une pince à polype dirigée par deux doigts de la main gauche portés dans le vagin.

Ehrendorfer cite des résultats remarquables.

En Amérique, l'iodoforme fut employé en 1882 par Foster (1), en 1883 par Cutter (2).

En France le parti que l'on pouvait tirer de l'iodoforme ne fut démontré que par Rohmer (3) dans une revue critique sur l'iodoforme, parue dans la *Revue de chirurgie*, en 1882.

Amblard dans sa thèse inaugurale (4) cite 63 observations relevées dans les services de l'hôpital St-Louis, démontrant les heureux effets de l'iodoforme contre l'endométrite puerpérale.

Enfin Porak (5), en 1877, dans une communication sur les tentes aseptiques et leur emploi dans le traitement de l'endométrite, montre les avantages de l'iodoforme à ce point de vue. Le séjour de la laminaire dans une solution éthérée d'iodoforme, constitue un excellent procédé pour la rendre aseptique; elle n'a pas perdu la propriété de se dilater, et de

(1) *New York med. Journ.*, mai 1882.

(2) *Boston med. and. surg. Journ.*, 9 février 1883.

(3) *Revue chirurgie*, 1882.

(4) Thèse de Montpellier, 1884.

(5) *Société obst. et gyn. de Paris*, 14 avril 1887.

plus elle présente alors l'avantage d'être plus souple. Les résultats de cette dilatation à l'aide de tentes aseptiques ont été très satisfaisants, aucun accident sérieux n'a été observé. Dans un cas même une éponge iodoformée séjourna pendant six jours pleins dans la cavité utérine sans inconvénient. Nous avons à noter ici une double action mécanique et médicamenteuse.

Encouragés par les succès des auteurs précédents, nous avons désiré vérifier les avantages de l'iodoforme dans le traitement d'une affection qui, comme la métrite, décourage souvent le médecin par sa résistanee aux autres médications. Dans le pansement de la muqueuse utérine nous avons employé l'iodoforme de deux manières, en crayons et en injections.

Les crayons sont préparés en incorporant le topique à un mélange de gomme arabique, de gomme adragante, de beurre de cacao ou de gélatine; pour le beurre de cacao, la proportion sera de 1 pour 7 d'iodoforme; pour la gélatine 2 pour 8; avec le beurre de cacao, les bâtons sont raides et cassants; avec la gélatine ils sont élastiques et mous. Pour les introduire dans la cavité utérine, le mieux est de suivre le procédé d'Ehrendorfer que nous avons indiqué plus haut.

L'injection se fera en préparant l'iodoforme soit en émulsion, soit en suspension : on peut employer diverses formules.

1° Émulsion dans l'huile au tiers.

2° Émulsion dans la glycérine :

Iodoforme	50 gr.
Glycérine	40 gr.
Eau	10 gr.
Gomme adragante	0,30.

3° Émulsion dans la gomme.

Iodoforme	2 gr.
Gomme adragante	6 gr.
Eau	10 gr.

Une seringue de Pravaz et une sonde élastique n° 9 à 10 de la filière Charrière suffisent comme instruments ; on pourrait encore se servir de l'instillateur de Guyon ou des autres instruments plus complexes employés pour les injections intra-utérines (1) ; nous croyons pourtant que les plus simples sont les meilleurs ; inutile d'ajouter qu'on doit désinfecter avec soin tous ces instruments soit par l'eau bouillante, soit par le sublimé en solution.

La quantité de liquide injectée, ne doit pas dépasser 4 c. c.

Dans quel cas avons-nous employé l'iodoforme ? Nous n'envisagerons pas ici la question de savoir si nous avons eu affaire à des métrites parenchymateuses ou muqueuses ; il en est, en effet, de la métrite comme des néphrites et des cirrhoses ; les classifications systématiques ne doivent être acceptées qu'avec réserve. De Sinéty (2), en 1878, n'a-t-il pas démontré qu'il n'existait pas de barrière complète entre les deux ordres de lésions, et qu'à côté d'altérations parenchymateuses, existaient presque toujours des altérations muqueuses et vice versâ.

En modifiant la muqueuse, la médication iodoformée agit sur le tissu utérin lui-même. Donc c'est l'étude anatomo-pathologique de la muqueuse qui doit diriger l'application thérapeutique de l'iodoforme.

Quel était l'état de cette muqueuse dans les cas où nous sommes intervenus en faisant usage de ce topique ? En adoptant la description que de Sinéty a donnée de la structure des végétations de la cavité utérine dans la métrite chronique, nous pouvons par l'étude clinique remonter à la connaissance de la lésion.

De Sinéty (3) reconnaît trois groupes de végétations :

1° Les unes sont constituées par l'hypertrophie des glandes qui deviennent beaucoup plus nombreuses, et se dilatent

---

(1) GALLARD. *Ann. de Gynéc.*, 1876.

(2) *Ann. de gynéc.*, t. X, 1878.

(3) *Ann. de gynéc.*, t. X, p. 129.

tout en conservant leur épithélium : l'écoulement est alors muqueux et fort abondant.

2° D'autres sont uniquement constituées par du tissu embryonnaire : c'est ici un vrai tissu inflammatoire comparable aux bourgeons charnus d'une plaie exposée : l'écoulement est purulent.

3° Enfin certaines de ces fongosités sont presque entièrement composées de vaisseaux dont quelques-uns, quoique de structure embryonnaire, sont extrêmement dilatés et atteignent un diamètre invraisemblable. L'écoulement dans cette forme sera bien fréquemment hémorrhagique.

Enfin dans un même utérus, on peut rencontrer l'association de ces diverses altérations.

En étudiant nos observations et en rapprochant la nature de l'écoulement des autres signes fournis par l'examen physique, nous pouvons conclure que dans les observations III, IV, V, la muqueuse devait être transformée en un véritable tissu embryonnaire fournissant un abondant écoulement purulent. Les observations I et II offrent des cas mixtes où à côté de certaines zones revenues à l'état embryonnaire, on aurait pu relever des fongosités très vasculaires et des glandes hypertrophiées et dilatées ainsi que le prouvait l'écoulement muco-purulent et parfois hémorrhagique.

A côté de ces lésions de la muqueuse, le tissu utérin lui-même participait à la phlegmasie ainsi que le démontraient les signes objectifs, et devait offrir les altérations bien connues de la métrite parenchymateuse.

C'étaient donc les lésions de la muqueuse qu'il s'agissait de modifier. En employant l'iodoforme comme nous l'avons fait, c'est-à-dire en le portant d'emblée dans la cavité utérine (chose facile, l'orifice supérieur du col étant distendu par l'effet de la métrite), nous avions toutes chances de réussir. Cette manière d'opérer nous offrait deux avantages :

a. En pénétrant plus avant, nous risquions moins de rester en deçà de la limite du mal, nous souvenant que, si d'une

part, la cavité cervicale est ordinairement la plus malade, la muqueuse utérine est aussi fréquemment atteinte.

b. L'action topique s'exerce aussi pendant un temps beaucoup plus long, puisque les sécrétions utérines ramènent par le canal cervical l'iodoforme introduit dans la cavité de la matrice; d'où une action bien plus prolongée que si on se contentait d'agir uniquement sur la paroi cervicale.

Cette façon d'agir, déjà employée du reste par Ehrendorfer, assure à notre procédé un avantage incontestable sur tous ceux, cautérisations ou applications de topiques, qui n'intéressent que la cavité du col.

A côté de ces avantages n'y a-t-il pas un inconvénient sérieux dans la toxicité du médicament? Cette question du danger de l'iodoforme dans le pansement des surfaces enflammées a été traitée d'une manière complète par Rohmer, Berger, Rümmio; nous renvoyons à ces auteurs ceux que l'iodoforme effraie. Depuis l'introduction de cet antiseptique en gynécologie une seule note discordante est à signaler au milieu des éloges qu'on a dû lui donner, c'est le cas de Polonski (1) :

« Les accidents sont survenus à la suite de l'introduction dans l'utérus de crayons iodoformés. On avait au préalable abrasé en totalité la muqueuse utérine pour combattre une endométrite chronique. Les symptômes de l'intoxication apparurent trois heures après l'application : Nausées, vomissements, irrégularité du pouls qui était petit et misérable, respiration convulsive, céphalalgie, tintements d'oreille, photophobie, excitation générale; on constata la présence de l'iodoforme dans les urines.

Le deuxième jour, désordres psychiques, délire continu, pouls à 120, convulsions cloniques de la nuque, de la face, des doigts, des orteils; refroidissement des extrémités, mydriase, prurit cutané, ischurie, ictère.

Le 4e jour, atténuation de tous les symptômes, diminution

(1) *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 1886, 12 novembre.

de l'iodoforme dans les urines, retour progressif à la santé. »

L'intérêt de ce fait réside dans la quantité d'iodoforme introduite dans l'utérus, soit 0.75 centigr. ; circonstance qui porte avec raison l'auteur de la communication à admettre chez le sujet en question une idiosyncrasie toute spéciale à l'action de l'iodoforme (1).

Notons, d'autre part, que l'application du médicament avait été précédée ici de l'abrasion de la muqueuse, c'est-à-dire de la formation d'une vaste surface éminemment absorbante.

Nous allons exposer brièvement les plus probantes de nos observations ; nous aurions pu les multiplier en signalant des cas de métrites anodines parfaitement guéries par ce procédé ; mais nous préférons ne pas mentionner des observations qui offriraient moins d'intérêt que celles que nous donnons ci-dessous, bien plus convaincantes à notre avis par la gravité et l'étendue des lésions.

Observation I. — Jeanne Beau, 25 ans, à la suite d'une promenade à cheval faite pendant la période menstruelle, éprouva une violente douleur lombaire ; les règles s'arrêtèrent, et le médecin qu'elle consulta à Alger, lieu de résidence de cette jeune femme, conclut à la présence d'un hématocèle. La malade, pendant plusieurs mois, éprouva des douleurs dans l'abdomen, des alternatives de métrorrhagies et d'aménorrhée ; fatiguée en outre par une pesanteur considérable du côté du bas-ventre, des douleurs lombaires ; un peu de leucorrhée. Les souffrances utérines furent pendant une longue période si violentes, que le décubitus horizontal était nécessaire pendant la plus grande partie de la journée.

Venue en France, elle s'adressa à plusieurs confrères et enfin le 5 mars vint à notre cabinet.

La malade se plaint de souffrances intolérables qui ont forte-

(1) Un de nous a eu à constater à l'hôpital de la Charité un cas grave d'intoxication par l'iodoforme à la suite du pansement d'une plaie osseuse (résection du tibia) avec une faible quantité d'iodoforme, 1 gramme. L'idiosyncrasie n'est-elle pas encore ici manifeste ?

ment agi sur son système nerveux, et rendu irascible son caractère ordinairement doux. L'état général est peu modifié, nous notons seulement des alternatives de diarrhée et de constipation. Du côté de la vessie, des envies fréquentes d'uriner. La palpation de l'abdomen est douloureuse surtout dans la fosse iliaque gauche ; la moindre pression ne peut être tolérée. Par le toucher vaginal, le doigt arrive sur le col porté en haut, à droite et en avant, volumineux, entr'ouvert et laissant pénétrer la pulpe de l'index. Il livre passage à un écoulement muco-purulent très abondant.

Le toucher rectal permet de sentir l'utérus légèrement augmenté de volume et douloureux au toucher ainsi que le col ; en outre cet examen laisse constater le déplacement à gauche. Examen au spéculum : Il est difficile d'arriver sur le col qui présente son orifice béant et rempli de liquide muco-purulent très adhérent et difficile à enlever ; la partie de la surface utérine que l'on peut apercevoir est rougeâtre et un peu fongueuse, saignant au moindre contact.

Le cathétérisme du col nous permet d'arriver facilement dans la cavité utérine, l'orifice interne étant dilaté. La cavité utérine est augmentée dans ses diamètres. Le diagnostic était donc celui de métrite chronique avec prédominance des lésions cervicales et légère rétroflexion.

Nous prescrivons d'abord un traitement général, du fer, de l'iodure de sodium, quelques purgatifs pour obtenir la liberté de l'intestin et localement des douches utérines chaudes prolongées pour décongestionner l'organe.

Le 20 mars, après avoir proposé à notre malade une intervention énergique (le curage) qu'elle n'accepta pas, nous obtînmes l'acceptation d'un traitement moins rapide, mais dont nous avions plusieurs fois constaté l'excellence.

Le 22, un crayon de nitrate d'argent est placé dans le col ; la malade condamnée au repos pendant 48 heures.

Le 26, nous plaçons dans la cavité cervicale et utérine une bougie contenant un gramme d'iodoforme et nous la faisons parvenir jusque sur la paroi supérieure de la matrice. Puis un tampon de gaze iodoformée est appliqué pour empêcher la sortie de la bougie.

Le lendemain pas de douleur ; la malade se trouve dans un état de bien-être inconnu depuis le début de la maladie ; nous per-

mettons dans la journée et le jour suivant un exercice modéré.

Examen le 1er avril. Col moins tuméfié ; les culs-de-sac plus souples, l'utérus moins gros ; le palper bimanuel ne provoque plus de douleur ; l'écoulement a changé de nature, il est franchement catarrhal, encore très adhérent, mais sans pus. Nouveau pansement.

Le 2, état satisfaisant.

Le 3, réapparition des règles qui avaient plus de trois semaines de retard ; le flux menstruel ordinairement très pénible s'établit cette fois sans souffrances et cesse au bout de 4 jours.

Alors se croyant guérie, et sans notre assentiment, notre malade part pour un voyage assez long et ne revient nous consulter que vers le 15 mai.

Après une assez longue période d'amélioration elle avait recommencé à souffrir. Son état était le suivant : utérus en position normale, col encore entr'ouvert, à bords friables quoique non granuleux ; légère douleur à la pression ; écoulement abondant simplement muqueux. Les pansements sont repris.

Le 17. Pansement iodoformé dans les mêmes conditions que précédemment ; l'amélioration est presque immédiate.

Le 21. Apparition des règles ; le flux menstruel dure 3 jours, et le 26 nous sommes arrêtés par l'orifice interne qui commence à se rétrécir. Il y avait donc une amélioration parfaitement manifeste ; au reste plus de douleurs ; des marches d'abord modérées puis assez longues étaient supportées.

Les pansements furent éloignés de plus en plus et le 1er juillet nous avions la satisfaction de constater une guérison complète. Actuellement une cure thermale termine notre œuvre et le mari de cette dame en nous envoyant des nouvelles de sa santé, nous annonce que des promenades à cheval sont parfaitement supportées.

Ce cas prend son intérêt dans la date déjà ancienne de la lésion, et l'état de la muqueuse fortement malade ; la guérison a été aussi parfaite que possible, malgré une interruption intempestive du traitement ; la durée totale, abstraction faite du temps où les pansements ont été suspendus, a été relativement courte.

Observation II. — Lombard, 25 ans, ménagère, a eu un premier accouchement il y a quatre ans, puis un avortement en 1886. En 1887 (décembre), elle accouche et ne tenant aucun compte des pré-

cautions les plus élémentaires, elle se lève le 3e jour pour se livrer aux soins du ménage et vaquer à ses occupations. Le 24 décembre nous sommes appelés auprès d'elle pour une hémorrhagie assez forte qui dure depuis 4 ou 5 jours déjà, et a réduit notre malade à un état d'anémie grave ; il y a de la fièvre, de la sécheresse de la langue ; bref, l'état local et général montre une endométrite, suite de couches. Les accidents immédiats sont traités par le repos, la glace, les injections vaginales et l'ergotine.

Amélioration les jours suivants, mais continuation de la perte qui ne cède qu'à l'emploi de la digitale associée au perchlorure de fer. Au commencement de février ces accidents ont complètement cessé, mais il subsiste une métrite cervicale intense ; l'utérus est encore volumineux, le col ouvert et béant ; autour de l'orifice quelques granulations ; en outre un écoulement abondant muco-purulent.

Après avoir habitué notre malade à l'emploi des douches utérines et des lavages antiseptiques, nous commençons le 15 février un traitement local très énergique : après lavage antiseptique du vagin, introduction dans le col d'une sonde molle calibre 12, et instillation dans la cavité utérine et cervicale d'une émulsion de 15 gr. d'iodoforme dans une solution de gomme. L'injection est pratiquée de la manière suivante : la seringue à instillation de Guyon étant chargée, on l'adapte à la sonde, on instille goutte à goutte en retirant à mesure la sonde de manière à enduire successivement tous les points de la paroi. Puis un tampon iodoformé est appliqué sur le col.

Le 16 et 17. État excellent.

Le 18. L'examen montre une modification notable ; la cavité du col est fortement diminuée, la surface moins tomenteuse ; l'écoulement réduit de moitié.

Le 19. Même pansement. Amélioration progressive les jours suivants.

Le 23. La sonde franchit difficilement l'orifice interne pour la dernière fois.

La menstruation revient pour la première fois aux premiers jours de mars, la malade est laissée au repos absolu. Un examen pratiqué le 15 montre l'utérus revenu au volume normal, le col légèrement allongé, mais de consistance régulière, et un écoulement négligeable.

Les deux derniers pansements faits fin mars et commencement avril sont pratiqués avec 2 petits crayons d'iodoforme.

Actuellement, la malade, qui est revenue plusieurs fois nous voir, se trouve en parfait état, la guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour; on peut donc la juger définitive.

Ce cas est intéressant par la rapidité de la guérison malgré un état pathologique sérieux, et l'étendue considérable du mal ; il est vrai que c'était un cas subaigu non encore devenu chronique, partant plus facile à combattre. Toutefois le résultat nous a paru remarquable.

Observation III. — G..., Louise, 27 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire parfaitement marquée, avec des signes stéthoscopiques très nets, a des douleurs internes fort vives, de la pesanteur dans la région sus-pubienne, des tiraillements du côté des reins, une sensibilité extrême à la palpation dans la fosse iliaque droite.

Cette femme nous consulte en mai 1887; nous passerons sous silence l'état de sa poitrine pour en venir à ce qui nous intéresse directement, l'altération de l'utérus. Là nous trouvons un organe volumineux à la palpation bimanuelle, déjeté à droite, le col à gauche et en arrière, avec une fente due à l'accouchement et légèrement entr'ouvert, laissant pénétrer la pulpe de l'index. Par lui s'écoule un liquide purulent très abondant, cause d'un affaiblissement considérable, de troubles génitaux et gastriques, et contenant des bacilles de Koch en grand nombre.

Sans revenir sur le traitement général s'adressant à la diathèse, nous exposerons brièvement le traitement local. Ici l'état général s'oppose à une intervention aussi hardie que le curage, qui du reste serait insuffisant, la muqueuse du corps était intéressée et son abrasion nécessairement incomplète pouvant laisser des points tout disposés à la récidive ; en outre la nature tuberculeuse et du sujet et de l'écoulement indique l'application du médicament si efficace contre les fongosités tuberculeuses : l'iodoforme.

Nous employons une émulsion dans la gomme de la même manière que dans l'observation précédente ; la première injection est faite le 20 mai.

Repos absolu pendant trois jours.

Le 24, nous examinons l'état local ; l'écoulement a un peu diminué, mais l'examen bacillaire est encore affirmatif; le col est encore béant.

Le 25. Nouvelle injection. Deux jours après, l'utérus est diminué de volume; la cavité du col est revenue sur elle-même et arrête légèrement la sonde.

Dans le courant du mois de juin, amélioration progressive ; à la fin de ce mois l'examen bacillaire devient négatif.

Nous avions donc une amélioration extrêmement satisfaisante, et nous espérions une guérison locale complète, quand les accidents pulmonaires ont emporté notre malade. Il est fâcheux que les parents de cette femme se soient opposés à l'autopsie et aient empêché ainsi d'avoir la sanction anatomique. Quoi qu'il en soit, l'amendement produit dans l'état et dans les symptômes nous permettent de constater qu'ici l'iodoforme s'est aussi bien comporté qu'il le fait ordinairement dans les tuberculoses locales.

Observation IV. — Marguerite P..., 32 ans, employée dans un magasin de confections, souffre depuis longtemps des reins avec irradiation dans les fosses iliaques : l'état général est bon sauf des insomnies, de la constipation. Localement, il y a des pertes abondantes, de la douleur à la palpation abdominale et par le toucher vaginal.

Comme antécédents, un avortement en 1886 ayant laissé comme suite des douleurs intolérables au moment des règles et le syndrome utérin déjà signalé. Tout rapprochement sexuel est en outre douloureux.

Au toucher, col gros, utérus augmenté de volume ; orifice externe entr'ouvert, avec une déchirure à gauche; la surface interne friable, saignant au moindre contact. Les culs-de-sac sont libres, l'orifice interne est entr'ouvert. L'examen au spéculum confirme ces symptômes et permet d'observer un abondant écoulement muco-purulent, extrêmement adhérent qui s'écoule par le col.

La malade a subi un premier traitement à l'hôpital de la Conception ; un repos prolongé, des cautérisations avaient amené une amélioration ; mais au bout de deux mois après la reprise de son métier, fatigant par suite de la station verticale constante, elle fut reprise de douleurs violentes et vint nous consulter en septembre 1888.

Un traitement général fut institué : préparations ferrugineuses et quinquina à l'intérieur : iodure de sodium ; localement des douches chaudes prolongées. Au 1er octobre, les souffrances ont un peu diminué, mais l'état local reste le même.

Cautérisation de la cavité cervicale par un crayon de nitrate d'argent, repos absolu pendant trois jours.

Le 4. La muqueuse cervicale a un aspect plus rosé, moins fongueux ; on introduit une bougie iodoformée, exactement maintenue par un tampon de gaze iodoformée.

Le 8. Amélioration, pas de douleur, même pansement.

Les règles qui n'étaient attendues que le 20, apparaissent le 10 et sont normales.

Le 20. Nouveau pansement, la bougie ne peut pénétrer dans la cavité utérine.

Dès le 1er novembre, l'écoulement est, sinon complètement tari, du moins réduit à un peu de mucosité absolument transparente et non purulente.

En décembre on peut suspendre tout pansement.

Depuis ce temps nous avons eu occasion de revoir notre malade, et nous avons pu constater que la guérison s'est maintenue.

C'était ici un de ces cas chroniques, souvent si rebelles, qui font le désespoir de la malade et du médecin que nous avions à traiter, et le résultat a été remarquable.

OBSERVATION V. — Marie J..., âgée de 36 ans, couturière a eu deux avortements ; le premier en 1884 au bout de deux ans de mariage, le second en 1886 ; ces avortements eurent lieu, le premier au 4e mois, le second au 6e ; ce dernier fut accompagné de signes de péritonite, frissons, fièvre, douleurs abdominales, vomissements, qui mirent ses jours en dangers ; rétablie péniblement, elle a depuis cette époque un écoulement franchement purulent, très abondant ; elle éprouve de sourdes douleurs dans l'hypogastre et dans le périnée quand elle travaille tant soit peu à la machine à coudre ; ses règles se succèdent tous les 18 jours et durent une huitaine avec pertes sanguines très abondantes.

L'examen physique nous permet de constater ce qui suit :

Les culs-de-sac sont libres, l'utérus sans adhérences ; aucune douleur, aucun empâtement au toucher dans les tissus péri-utérins, la chaleur du col n'est pas anormale, mais il est volumineux, de consistance ferme, à surface lisse ; l'orifice externe est dilaté, au point de permettre l'introduction de la pulpe de l'index. A l'examen spéculaire, légère exulcération de la muqueuse cervicale ; coloration rougeâtre, quelques granulations ; le pus sort en flocons de l'orifice externe.

Le toucher rectal nous confirme dans les fortes dimensions du corps utérin qui est en légère rétroflexion avec la latéroflexion du côté droit.

Cet état pathologique de l'utérus a altéré la santé de notre malade ; elle est pâle, décolorée, facilement essoufflée, avec des palpitations à la moindre marche trop précipitée : parfois des crises gastralgiques sans relation avec l'alimentation ; céphalalgie et insomnie : nous n'avons aucun signe cardio-vasculaire de chlorose, aucun phénomène nerveux de l'hystérie.

La malade s'était déjà fait traiter pour son écoulement utérin : on avait essayé sur elle, sans succès du reste, les injections intra-vaginales de tannin, les applications cervicales de teinture d'iode et d'acide chromique.

Elle vint nous consulter le 10 mai 1888, nous avouant du reste qu'elle ne pouvait s'astreindre à un traitement qui la forcerait à garder le lit ne fût-ce que 48 heures. Nous pensons alors à l'innocuité et à la rapidité d'action du traitement iodoformé. Après avoir détergé avec soin la muqueuse cervicale, nous avons recours à l'injection intra-utérine de l'émulsion iodoformée à la glycérine dont la formule a été donnée ci-dessus ; l'injection est faite avec l'instillateur de Guyon et répétée plusieurs fois ; un tampon imbibé d'un mélange iodoformé et phéniqué est appliqué sur le col.

Cette médication est employée tous les trois jours ; l'état général traité par le fer et l'hydrothérapie. Le 26 mai ; l'écoulement n'est plus purulent, mais séreux ; les tiraillements hypogastriques dont se plaignait la malade ont disparu ; les phénomènes réflexes portant sur les divers viscères, gastralgie, palpitations, etc., se sont amendés.

L'iodoforme est continué jusqu'au 14 juin ; à cette date, l'état local est des plus satisfaisant ; l'utérus a diminué de volume ; l'écoulement purulent n'existe plus, il est remplacé par une légère perte séreuse ; l'état général se ressent de cette amélioration, la malade se sent plus forte, elle a repris des couleurs et n'accuse plus ces malaises cardiaques et stomacaux dont elle se plaignait avant le traitement.

Nous l'avons revue ces temps derniers ; la guérison ne s'était pas démentie.

CONCLUSIONS

Les exemples que nous venons de donner, et que nous aurions pu multiplier encore ne représentent qu'un sixième des cas, où ce traitement nous a donné de bons résultats ; la valeur de la méthode employée nous paraît donc démontrée. Mais ce n'est pas à dire pour cela que nous soyons opposés au curage ; celui-ci nous a réussi trop souvent pour que nous ne lui conservions par le rang qu'il mérite. Nous voudrions seulement faire à l'emploi de l'iodoforme une place à côté du curage dans la thérapeutique utérine. La curette a une action certainement plus rapide que l'iodoforme.

Nous croyons cependant que, tout compte fait, les résultats obtenus permettent d'établir un parallèle sans infériorité pour l'iodoforme. Celui-ci a en effet des avantages sur le curage.

a. Il est plus facilement accepté par les malades. Le curage constitue une opération chirurgicale ; le mot seul effraie beaucoup de patientes qui consentent cependant à se laisser faire des pansements quelque compliqués qu'ils soient (obs IV).

b. En outre, malgré l'innocuité relative du curage fait aseptiquement, il est toujours plus dangereux qu'un simple cathétérisme utérin, car au point de vue des dangers à courir nous avons vu ce que nous devons penser d'une intoxication.

c. Il est des cas (obs III) où le curage ne pourrait atteindre toutes les parties malades ; n'a-t-on pas plus de chances d'arriver à ce but par une injection dont le liquide se répandra sur toute la muqueuse ? N'y a-t-il pas là une comparaison possible avec le mal de Pott, où l'on va rarement à la recherche de la vertèbre tuberculeuse (procédé de Lister. Communication de Pozzi) tandis que des injections d'éther iodoformé (procédé de Verneuil) amènent souvent des guérisons inespérées ?

Ces trois considérations suffisent à notre avis à justifier la proposition que nous avons énoncée.

Quant à la supériorité de l'iodoforme sur les autres topiques elle nous paraît largement établie par la différence de nos résultats et de ceux obtenus par les chirurgiens qui ont employé d'autres substances médicamenteuses. Au reste en raisonnant par analogie l'iodoforme a trop d'action sur les productions tuberculeuses des autres organes pour qu'il ne soit pas tout puissant sur les fongosités utérines.

G. Roux et U. Schnell.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 *mars* 1889.

Jouin. — **De l'endométrite tuberculeuse chronique.** L'endométrite tuberculeuse est plus fréquente qu'on ne le suppose, en général. Cela, l'observation clinique le démontre. D'autre part, la nature même de l'épithélium de la muqueuse utérine, épithélium cylindrique, glandulaire, muqueuse molle, spongieuse, terrain propice au développement d'un parasite essentiellement anaérobie, ces conditions expliquent pourquoi la tuberculose de l'*endométrium* doit être plus commune que celle des autres muqueuses de l'appareil génito-urinaire (vessie, urèthre, vagin). L'auteur en a observé neuf cas, qu'il répartit de la manière suivante:

1er *groupe.* — 2 cas, où l'endométrite tuberculeuse est survenue à la suite de rapprochements sexuels avec un homme atteint de tuberculose génitale.

2e *groupe.* — 2 cas, les maris étaient tuberculeux, mais ne présentaient pas de symptômes *apparents* de tuberculose génitale.

3e *groupe.* — 3 cas, pas de cause appréciable de l'endométrite tuberculeuse, mais, par contre, on observa le développement d'une tuberculose génitale chez deux maris et d'une tuberculose pulmonaire, sans lésions génitales, *apparentes*, chez le troisième.

4e *groupe.* — 2 cas, pas de cause pathogénique appréciable. Quant à la nature tuberculeuse de l'affection, elle fut confirmée dans un cas par les résultats de l'examen microbien, et admise dans l'autre

en considération de l'apparition ultérieure d'accidents pulmonaires, de nature nettement tuberculeuse.

L'auteur fait ensuite l'histoire clinique de l'affection, dont il étudie seulement la forme primitive : étiologie, symptômes, anatomie pathologique, diagnostic, pronostic, traitement. Parmi les causes, toutes les circonstances déprimantes (misère physiologique, chagrin), mais surtout la *cohabitation avec les sujets atteints de tuberculose génitale.* Les faits cliniques, les résultats positifs fournis par la méthode des inoculations, témoignent que l'endométrite tuberculeuse est, le plus souvent, sinon toujours, le résultat d'une infection locale.

Peu de chose au sujet de l'*anatomie pathologique*. L'auteur n'a pas eu occasion de faire des examens nécropsiques. Mais, l'examen microscopique a permis de déceler, dans les fongosités utérines, le bacille de Koch, et la méthode des inoculations a fourni des résultats positifs. En ce qui concerne les *symptômes* locaux rien de caractéristique, rien qui distingue nettement l'endométrite tuberculeuse des autres endométrites. Seulement, les phénomènes généraux sont en général plus accusés ; ainsi, il y a de l'amaigrissement, de la fièvre, des sueurs nocturnes, etc. Le *diagnostic* doit être surtout basé sur l'analyse étiologique et microbiologique des fongosités de l'endométrium. De plus, on tiendra compte des circonstances dans lesquelles elle est apparue, ce n'est ni à la suite d'un accouchement, ni d'une blennorrhagie. En général, il s'agit d'une femme fatiguée, dont les poumons présentent parfois des lésions tuberculeuses. Quant au traitement, il doit être *général* et *local*. Pour le premier, on a recours à la créosote, excellent médicament contre les manifestations tuberculeuses génitales, de l'avis de tous les spécialistes ; on prescrit la vie au grand air, la suralimentation, les toniques, et, autant dans l'intérêt du mari, l'abstention de tout rapport jusqu'à la guérison.

Pour le traitement local, M. Jouin conseille : la dilatation deux ou trois fois répétée de la cavité utérine, avec une tige de laminaire préparée antiseptiquement ; puis, à quelques jours d'intervalle, l'application successive d'une quinzaine de bâtonnets d'iodoforme.

Grâce à ce traitement, et à *condition d'un diagnostic précoce*, l'affection est bénigne.

Discussion : Pajot, Jouin. Elle vise surtout le diagnostic. Le seul caractère pathognomonique est tiré de l'examen bactériologi-

que, constatation du bacille de Koch. Toutefois, il peut être facilité par la considération de certains symptômes rarement associés à une endométrite commune, affaiblissement marqué de la santé générale, toux, sueurs nocturnes, etc.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE BERLIN

Séance du 23 novembre 1889.

Présentations : KELLER. a) **Utérus enlevé sur une femme de 75 ans.** — Depuis 25 ans, cessation des règles. Il y a 7 mois, en février, elle fut prise d'un écoulement vaginal blanc, qui, dès le mois de mars, se compliqua d'hémorrhagies. Le 31 août, un curettage, explorateur, ramema des masses friables qui, après examen microscopique, firent porter le diagnostic *d'adéno-carcinome*. Le 6 septembre, *hystérectomie totale par le vagin* ; opération qui fut laborieuse par suite de l'étroitesse du conduit vaginal, et qui nécessita des incisions libératrices sur l'orifice vulvaire.

Examen de la pièce. — La cavité utérine est assez grande. La paroi antérieure de l'organe donne insertion à une tumeur, de consistance molle, qui, en haut, s'étend sur la moitié du fond de l'utérus, et en bas, arrive au voisinage de l'orifice externe. Les contours de la tumeur tranchent nettement sur le tissu sain, en sorte que la ligne de démarcation est reconnaissable même à l'œil nu. Histologiquement, le néoplasme est essentiellement composé d'éléments kystiques, dont la cavité est tapissée par un épithélium cylindrique, dont les éléments sont disposés en forme de palissades, et qui possèdent un noyau, petit, ayant l'aspect d'un bâtonnet. Ces kystes, de formes et de dimensions très variables, sont séparées par une trame connective, très réduite, si raréfiée en certains points que les éléments cylindriques paraissent se juxtaposer par leur base. Toutefois, un grossissement suffisant, permet de constater que, même en ces points, il existe des éléments connectifs, représentés surtout par des fibres et des cellules fusiformes. Quant au reste de l'organe, il présente les caractères d'atrophie qui accompagnent la sénilité.

b) **Œuf abortif gémellaire**, qui paraît correspondre à la 1re moitié du 2e mois de la grossesse, expulsion spontanée. Les 2 œufs adhèrent à un morceau de caduque ayant environ les dimensions

de la paume de la main, chacun d'eux était coiffé d'une caduque réflexe. L'un a le volume d'un œuf de poule, l'autre celui d'un œuf de pigeon. Les 2 embryons sont macérés, mais le plus volumineux moins que l'autre. Ici donc, rien ne milite en faveur de la superfétation. Car, si l'un des œufs est plus volumineux, c'est que l'embryon a survécu à l'autre. D'ailleurs, les 2 embryons présenteraient-ils le même degré de fraîcheur, il n'y aurait même pas là, contrairement à l'opinion avancée à l'occasion de la pièce analogue présentée par Gotshalk (1) dans la précédente séance, preuve en faveur de la superfétation. N'est-il pas en effet de notion courante que deux embryons, *appartenant à un même œuf*, se développent souvent d'une façon très inégale?

KELLER. — **Coupes pratiquées sur deux cadavres congelés**, provenant l'un d'une femme enceinte, l'autre d'une parturiente. 1) La 1re pièce provient du corps d'une secondipare, arrivée au 9e mois de sa grossesse. Après avoir offert tous les prodromes de l'éclampsie, et avoir eu des accès convulsifs, elle mourut au milieu des symptômes d'asystolie cardiaque et d'œdème considérable des poumons, Au niveau du bassin, la section passe un peu à gauche de la ligne médiane. A la hauteur des dernières vertèbres dorsales, elle tombe en plein milieu de la colonne vertébrale, suivant laquelle elle se continue un moment. Arrivée au sternum, elle s'infléchit un peu à droite de la ligne médiane. A la coupe, la cavité utérine donna issue à une faible quantité de liquide amniotique. L'enfant est en 2e position du sommet. Le placenta s'insère sur la portion postérieure du fond de l'utérus et sur les parties avoisinantes. L'utérus occupe tout l'espace compris entre la colonne vertébrale et la paroi antérieure de l'abdomen. Il suit la courbure lombaire, et en conséquence présente, sur sa face postérieure, une inflexion parallèle. Le fond de l'utérus est à 12 cent. de l'ombilic, ce qui correspond environ aux 2/3 de la distance qui sépare l'ombilic de l'appendice xiphoïde. L'horizontale menée par l'orifice interne passe à 0,8 cent. au-dessus du bord supérieur de la symphyse. La musculeuse utérine constitue, au niveau de l'ombilic, un épaississement circulaire, qui a bien 2-3 fois l'épaisseur du reste de la paroi utérine. Dans le voisinage du segment inférieur, la paroi musculaire antérieure s'amincit jusqu'à l'orifice interne, au contraire la postérieure

(1) Vid. in *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1889, p, 299.

s'épaissit. Les membranes ovulaires adhèrent partout solidement. En regard de l'épaississement circulaire de la paroi musculaire de l'utérus, existe un épaississement de la caduque. *L'orifice interne est encore complètement fermé.* Le bord antérieur est représenté par un faible liséré, tandis que le bord postérieur, forme un relief très saillant qui, en avant, est immédiatement en contact avec le bord antérieur. La direction du canal cervical, presque horizontale, incline pourtant en arrière et en bas. Prolongé, il va rencontrer la dernière vertèbre sacrée. La cavité du col est fusiforme et remplie de mucus, qui s'écoule de l'orifice externe légèrement entr'ouvert. Les fibres musculaires, rayonnées, sont très distinctes sur la paroi du col et du vagin.

2) Cette 2e pièce provient d'une parturiente, tuée par l'éclampsie, durant la période d'expulsion, le travail s'étant déclaré au 5e mois de la grossesse. Le fœtus est en première position du siège, l'extrémité pelvienne était en train de traverser l'orifice externe, la tête fœtale est encore en contact immédiat avec le fond de l'utérus. On reconnait très bien sur le col l'orifice interne et l'orifice externe. Le placenta, inséré sur la paroi postérieure, affleure par son bord inférieur à l'orifice interne. Sur la paroi utérine antérieure, se détache nettement le cercle de contraction. Jusqu'à son niveau, les membranes sont décollées sur cette paroi. La poche des eaux restée intacte, évase le vagin à la manière d'un entonnoir, et arrive presque à l'orifice vulvaire.

OLSHAUSEN. — **Considérations sur les articles 1467 et 1572 du projet du nouveau code civil.** Ces articles ont trait à la durée de la grossesse. (*Cent. f. Gynäk.*, 1889, n° 1.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séances du 6 février et du 6 mars 1889.

Présentations : J. PHILLIPS. **Pièce pathologique, présentant un type morbide des membranes fœtales, de nature inconnue, et à un stade précoce de la grossesse.**

DORAN, au nom de W. Skene (Cardiff), montre un *a)* **anencéphale** ; à ce propos, il entre dans quelques considérations au sujet des caractères distinctifs des anencéphales, des acardiaques acéphales, et des peracéphales.

b) **Os plats et dents provenant d'un kyste dermoïde.**

GALABIN. — **Un cas d'opération de Porro.** Primipare, âgée de 28 ans, amenée à l'hôpital 48 heures environ après le début du travail, et 24 après la rupture de la poche des eaux. En ville, plusieurs tentatives d'extraction avec le forceps. Femme petite, tibias incurvés, bassin rachitique, diamètre antéro-postérieur, 39 millim. Par crainte que le tissu utérin n'eût été déjà fortement contus par les tentatives d'extraction, on donna la préférence à l'opération de Porro sur la césarienne, suivant la méthode de Sänger. *Guérison de la mère et enfant vivant*, qui s'est très bien développé.

S'il a opté pour l'opération de Porro, dit l'auteur, c'est en raison de la longueur du travail, et parce que la femme avait déjà subi plusieurs traumatismes. Mais, il ne croit pas qu'on puisse encore donner au praticien ordinaire l'opération de Porro ou la césarienne de Sänger comme étant des opérations qui doivent se substituer à la craniotomie, *quand le diamètre conjugué dépasse* 6 *cent.* 1/2, *à moins qu'il n'y ait, conjointement, rétrécissement transversal marqué.* Quand le rétrécissement est plus étroit, il considère que l'opération de Porro doit être plus recommandée au praticien ordinaire que l'opération de Sänger.

Discussion : M. DUNCAN. — L'opération de Porro et l'opération de Sänger sont encore d'un pronostic plus grave pour la mère que la craniotomie. Celle-ci tient donc encore sa place. Sans doute, grâce aux efforts de Sänger et de Léopold, la gravité de l'opération césarienne va en diminuant, et il en sera de même pour l'opération de Porro. Alors, la craniotomie devra être complètement abandonnée. Mais, en aucune manière, il ne saurait souscrire au principe accepté par Léopold, que les désirs exprimés par la femme ou par les gens de son entourage, puissent influer sur le choix de l'opération. *Au chirurgien, seul, appartient de décider quelle opération doit être faite, et comment elle doit être faite.*

HERMAN, B. HICKS, A. LAWRENCE, GALABIN, ajoutent quelques remarques.

STEPHENSON. **Des relations qui existent entre la chlorose et la menstruation.** — La communication de l'auteur est basée sur l'examen de 232 cas, qu'il a classés en deux groupes. Dans le 1er, 123 cas de chlorose primitive survenue avant l'âge de 23 ans ; dans le 2e, 49 cas correspondants à des altérations plus ou moins passagères de la santé à la suite de périodes menstruelles. D'après l'auteur, la diathèse chlorotique hâterait la date de l'apparition

des premières règles, loin de la retarder. Se basant aussi sur des statistiques, il s'inscrit en faux contre l'opinion répandue, suivant laquelle la chlorose serait cause de ménorrhagie. Quand il paraît en être autrement, ce qui est très rare, dans la proportion de 6 0/0 environ, c'est qu'il y a, simultanément, irritation ovarique. D'une manière générale, il y a irrégularité des règles, diminution dans leur quantité, et prolongation des intervalles intermenstruels.

Il est deux périodes de l'existence, éminemment favorables à l'apparition de la chlorose : *a*) de 14 à 21 ans ; *b*) de 24 à 31 ans.

Peut-être existe-t-il une 3e période, *c*) de 39 à 41 ans.

L'auteur ayant représenté par des courbes la marche de la chlorose et celle de la menstruation, conclut de la comparaison de ces courbes, qu'il ne peut confirmer l'opinion courante que « l'époque de l'éruption des premières règles a une importance étiologique, capitale, sur le développement de la chlorose », etc.

Discussion : J. Phillips, L. Napier, Clapham, A. Doran, Routh, Playfair, G. Hewitt, Maluis, Hayes, H. Smith. La plupart des membres, contrairement à l'opinion émise par l'auteur de la communication, croient que la chlorose est source de ménorrhagie. Ils s'appliquent, d'une manière générale, à distinguer la chlorose de l'anémie, et à montrer l'avantage des préparations martiales dans la première de ces affections ; tandis que pour la seconde, ces mêmes préparations sont moins efficaces, et que l'arsenic réussit mieux. (*The Brit. med. Journ.*, février et mars 1889.

Dr R. Labusquière.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 4 décembre 1888.

PRÉSIDENCE DE HANKS

H. J. Boldt. **Contraction spasmodique des muscles abdominaux, simulant une tumeur.** — La malade, présentée par Boldt, a subi l'ablation des trompes et des ovaires.

Boldt a déjà vu deux faits semblables, mais la contracture était moins accusée.

L'opération a été motivée par des hémorrhagies qu'aucun remède n'avait pu arrêter.

Boldt présente encore une malade dont **l'utérus est fixé par des adhérences, méthode de Th. Brandt.** — Les adhérences sont très étendues à droite, moins larges à gauche. La malade va être traitée par le massage suivant la méthode de Thure Brandt, Boldt la présentera, après un mois de traitement.

J. G. Perry se loue du massage, qui lui a donné de bons résultats.

Nilsen emploie constamment la méthode de Brandt; et affirme qu'elle est peu douloureuse.

P. F. Mundé. **Adéno-myxo-sarcome du col.** — L'auteur cite Thiede, Rein, Spiegelberg, Winkel, O. Weber, Thomas et Pernice, qui ont cité des cas analogues.

La tumeur a récidivé; au bout de 3 mois elle a un volume égal à la moitié de celui qu'elle avait lors de l'opération. La malade refuse de se laisser opérer de nouveau.

Mundé. **Gros fibrome ovarique.** — Mundé commença par curer l'utérus, puis employa l'électricité, une électrode dans l'utérus, l'autre sur le ventre.

La tumeur pèse 773 gr. Elle était complètement indépendante de l'utérus.

La malade étant fiancée, Mundé ne voulut pas enlever l'autre ovaire, le gauche, quoiqu'il contînt un kyste.

Coe. Ces cas sont rares; on n'en connaît que 30 ou 40.

A. M. Jacobus. — A vu un kyste fibreux de l'ovaire, qu'il prit pour un kyste fibreux de l'utérus.

Hanks a vu un cas analogue et venant de la même province. (Nouvelle-Orléans).

Discussion : Malcolm, Mc Lean, Perry, Talbot.

J. R. Nilsen. **Cas unique de malformation.** — La malade souffrait pendant ses règles. Mariée, elle eut de la dyspareunie. Pendant l'accouchement, elle sentit une violente douleur « qui lui déchirait les côtes ». Les lochies ne durèrent que 3 ou 4 jours.

Dès lors elle ne put plus souffrir l'approche de son mari.

Nilson fit la laparotomie. L'utérus n'avait que le volume du pouce. L'ovaire droit, cirrhotique, était adhérent au côlon. L'ovaire gauche contenait des kystes, remplis d'un liquide rougeâtre.

Aucune des causes énumérées par Tait : traumatisme, blennorrhagie, septicémie puerpérale, fièvre exanthématique, rhumatisme aigu, n'ont pu agir dans ce cas.

La malade a eu les oreillons, et, d'après Niemeyer, il semble qu'il y ait quelque relation entre cette maladie et les ovaires, comme il en existe chez l'homme, entre elle et les testicules.

L'ovaire complètement isolé et mal placé comme il l'était dans ce cas, peut être le siège des maladies qui l'affectent, lorsqu'il occupe sa situation normale.

L'auteur entre dans des considérations intéressantes sur l'étiologie des maladies ovariques, trop longues pour une revue. Puis il raconte 4 cas de *superinvolution utérine.*

G. T. HARRISSON a assisté une dame qui avait un utérus et un vagin doubles. Suivant qu'il touchait dans un des vagins, ou dans l'autre, il trouvait le col ouvert ou fermé. Le fœtus, en passant, déchira la cloison située entre les deux vagins.

POLK croit que l'ovarite reconnait le plus souvent une origine septique. L'ovaire est soumis à un traumatisme répété à chaque époque menstruelle. Le rhumatisme ne peut guère produire une ovarite sans causer d'abord une salpingite.

PATRIDGE rappelle un cas de grossesse dans un utérus unicorne. Le corps jaune était du côté opposé à la corne gravide.

Discussion : COE, HANKS.

COE. **Syncope après une opération.** — Sa malade était hémophile. Coe fit le curage et l'anaplastie cervicale. Rapportée dans son lit, elle tomba dans le collapsus, et on eut grand'peine à la ranimer.

CLEVELAND. **Hémorrhagie secondaire après la laparotomie. Mort.** — L'auteur a fait la ligature de l'épiploon qui saignait, avec de la soie fine tressée, qui coupa le pédicule, et causa l'hémorrhagie.

A. P. DUDLEY. **Ménorrhagie, oophorectomie.** — La malade avait été opérée pour une grossesse extra-utérine ; et on laissa le second ovaire. Les hémorrhagies se répétant, Dudley se décida à l'enlever. Il y avait de nombreuses adhérences, tout le long de la cicatrice laissée par l'opération précédente.

D. F. CHAMBERS. **Fistule abdomino-intestinale après une laparotomie.** — La malade porte sur le conseil de Chambers, un tube de verre, et un bandage par-dessus. Il s'écoule des matières fécales par le tube.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON

Séance du 2 novembre 1888.

PRÉSIDENCE DE J. TABER JOHNSON

S. S. ADAMS. **Hernie de l'utérus gravide.** — Le travail d'Adams est une vraie monographie sur ce sujet, et mérite d'être lu en entier. Il renferme l'histoire de 21 cas, empruntés à divers auteurs.

1° *Hystérocèle inguinale.*

CAS I. — Opération césarienne, mort de la mère.

CAS II. — Hystérotomie. Mère et enfant sains.

CAS III. — Hystérotomie ; enfant vivant. Mère morte de faiblesse.

CAS IV. — Hystérotomie, l'enfant vécut une heure, la mère se rétablit.

CAS V. — Hystérotomie. Mère morte le même jour.

CAS VI. — Hernie inguinale gauche. La grossesse précédente s'était terminée dans le 3e mois. Il est probable qu'alors l'utérus était déjà hernié. Scanzoni injecta de l'eau chaude dans l'utérus. Mundé répéta cette injection deux heures plus tard. Au bout de 24 heures, l'œuf fut expulsé. La malade quitta la Clinique le 11e jour.

CAS VII. — Expulsion spontanée de l'enfant. 3 semaines plus tard, l'utérus gauche (sans doute la partie gauche de l'utérus) et l'ovaire étaient encore dans le sac herniaire, situé dans l'aine.

2° *Hystérocèle crurale.*

CAS VIII. — Femme délivrée sans secours à son premier accouchement, grosse pour la 9e fois. Hernie crurale gauche, descendant jusqu'aux genoux. On ouvrit la tumeur, et on en sortit un fœtus vivant. La mère mourut 3 jours plus tard.

3° *Hystérocèle ischiatique.*

CAS IX. — Laparotomie. L'auteur ne dit point si la mère survécut.

4° *Hystérocèle sous-pubienne.* L'auteur n'en connaît pas de cas.

5° *Hystérocèle ombilicale.*

CAS X. — Travail à terme, normal, réduction pendant les douleurs (*Gaz. des hôp.*, 1859, p. 419).

CAS XI. — Bandage approprié. Travail court ; enfant vivant.

CAS XII. — Réduction, délivrance aisée.

CAS XIII. — La hernie se produisit pendant le travail. Forceps. Réduction après la délivrance.

6° *Hystérocèle ventrale.*

CAS XIV. — Accouchement spontané.

CAS XV. — La malade avait été opérée d'une hernie avant sa grossesse. Délivrance spontanée.

CAS XVI. — Fœtus hydrocéphale. J.-L. Petit perfora le crâne. Extraction aisée. La malade se rétablit bientôt (J.-L. Petit, œuvres posthumes, III, p. 264).

CAS XVII. — Le ventre descendait jusqu'aux genoux.

CAS XVIII. — La malade avait eu dans les muscles droits un abcès qu'on lui avait ouvert. Elle devint enceinte. Elle accoucha naturellement.

CAS XIX. — Grossesse gémellaire. Après l'expulsion du premier enfant, Bell trouva une partie de l'utérus sortant à travers la ligne blanche, délivrance normale. (*Gaz. méd.* Paris 1849, p. 308).

CAS XX. — Grossesse de 6 mois. L'auteur ne dit rien sur l'accouchement.

CAS XXI. — Accouchement spontané, enfant mort pesant 5 livres et demie.

Résumé :

	MÈRES		ENFANTS	
	SAUVÉES	MORTES	SAUVÉS	MORTS
Inguinales.................	5	4	8	1
Crurales....................	»	1	1	
Ombilicales................	4	»	4	
Ventrales..................	6	»	5 (jum.)	2

Discussion : C. E. HAGNER, FORD THOMPSON, BUREY, KING.

Séance du 16 *novembre* 1888.

PRÉSIDENCE DE J. T. JOHNSON

G. BYRD HARRISON. **Apoplexie mortelle avant la puberté.** — Le malade était un garçon de 13 ans, admis dans un orphelinat. Sa mère est morte d'apoplexie.

L'enfant souffrait de céphalalgie depuis quelques jours. On craignait une fièvre typhoïde.

Il mourut au bout de 12 jours.

Autopsie. — Congestion méningée intense ; la substance grise est infiltrée et noire, l'espace sous-arachnoïdien est rempli d'un liquide séro-sanguin. Extravasation punctiforme dans la moelle allongée.

J. T. JOHNSON croit que l'application de forceps est parfois la cause de la production de caillots dans la tête des nouveau-nés. Il en cite un exemple. L'enfant succomba malgré une ponction, qui donna issue à un liquide coloré en noir.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI

Séance du 11 *octobre* 1888.

PRÉSIDENCE DE G. E. JONES

W. H. WENNING. **Convulsions puerpérales.** — La malade craignait d'accoucher avant les 9 mois révolus depuis son mariage. Le 3 juillet, Mme J. ayant eu de fortes douleurs, Wenning fit la dilatation du col. L'enfant vint mort.

Le 7. Mme J. fut prise de convulsions et succomba; l'urine ne renfermait pas d'albumine.

CLEVELAND raconte 2 cas. L'une des malades non mariée fut traitée par la saignée. L'urine était chargée d'urates, et albumineuse. Elle succomba le 5e jour. Elle avait eu des crises d'épilepsie.

La seconde, non albuminurique, fut accouchée au forceps.

G. E. JONES cite un cas dans lequel la cause des accès semble avoir été la honte d'avoir des jumeaux. La malade succomba.

WENNING. **Hypertrophie et lacération du col. Amputation et trachélorraphie.**

G. E. JONES. **Imperforation de l'hymen.** — La fille, âgée de 19 ans, avait le ventre gros comme une femme enceinte de 7 mois. Jones incisa la membrane, fort tendue, et donna issue à 1800 gr. environ d'un liquide épais, rouge et sans odeur. L'opérée se remit.

REAMY a vu 3 cas d'hymen imperforé.

Séance du 8 *novembre* 1888.

PRÉSIDENCE DE G. S. MITCHELL

W. H. TAYLOR. **Placenta double, enfant unique.** — Les deux portions étaient éloignées de plus de 25 millim.

TAYLOR présente aussi **deux placentas appartenant à des jumeaux.** — Le placenta du premier gênait la sortie du second fœtus.

CH. REED. **Extirpation vaginale de l'utérus pour un cancer du col.** — L'opérée mourut du choc, trois heures après l'opération.

Discussion : WARNING, G. ZINKE, TAYLOR, WHITE, MITCHELL. (Résumé d'après l'*Am. J. of obst.*, avril 1889, p. 402-444, par A. CORDES.)

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

Séance du 16 *novembre* 1888.

PRÉSIDENCE DE CHARLES F. PACKER

A. REVENS JACKSON. — **Quelques cas, non guéris, d'hémorrhagie utérine.**

CAS I. — Mme F. W., 28 ans, a fait probablement deux fausses couches; a été curettée par Goodell en 1883.

Le 9 juillet 1884, Jackson répète le curage, et enlève des fongosités, puis applique de l'iode.

Les règles reviennent toutes les 3 ou 4 semaines, plus abondantes, et durent de 7 à 10 jours. Puis l'intervalle diminue.

Nouveau curage en 1885, sans résultat; de même en 1887.

Mme W. se serre trop dans son corset, et refuse de prendre de l'exercice.

CAS II. — Mme E. D., juive, jamais enceinte; menstrues irrégulières et peu abondantes.

En 1884, les règles deviennent plus fréquentes, et la perte est plus abondante. Aucune lésion organique du cœur, des poumons, du foie, ou des reins. Rien de notable dans les organes génitaux. Dilatation légère du col; le curage ramène quelques fongosités; application d'iode.

Quatre semaines plus tard, pertes sanguines, qui dure 3 semaines. Application de la solution ferrugineuse, de Monsel (persulfate de fer).

Le 23 décembre 1887, Jackson dilate le col avec un dilatateur métallique et enlève deux grosses granulations. La malade meurt, une semaine après, de péritonite.

CAS III. — Mme W. L., 35 ans, a 2 enfants le dernier, a 16 mois. Une perte presque continue (2 serviettes par jour) l'affaiblit et

trouble sa digestion. Jackson essaie tour à tour les laxatifs, l'ergot, l'hydrastis canadensis, le viburnum ; la curette ne ramène rien.

L'électrisation n'amène aucune amélioration. Les menstrues sont régulières, et se reconnaissent à la plus grande abondance de sang perdu.

Nouveau curage ; Jackson applique de l'iode, du tannin, du persulfate de fer, et de l'acide nitrique ; puis il perd de vue sa malade.

CAS IV (Dr. J. H. Stowel). — Mme M., 25 ans, Canadienne, menstruée dès 12 ans. A 16 ans écoulement sanguin durant parfois 5 ou 6 semaines.

A 22 ans, Mme M. fut examinée par un médecin d'Ottawa, qui fit le curage utérin. A la suite de cette opération, Mme M. n'eut plus de perte pendant 3 mois. Nouvelles métrorrhagies, nouveau curage ; nouveau bon résultat.

Le 21 janvier, Jackson enlève des granulations avec la curette, et applique la teinture d'iode. Aucun écoulement pendant 2 mois.

Chose curieuse, la perte est normale deux mois, et le mois suivant, elle est profuse.

La malade est actuellement entre les mains d'un électricien habile.

D. T. NELSON croit que dans ces cas, l'autopsie aurait pu faire découvrir la cause du mal.

Les maladies de la trompe causent-elles des hémorrhagies utérines ?

NELSON semble disposé à attribuer les pertes à quelque fibrome ou quelque sarcome qui est passé inaperçu.

C. T. PARKES raconte un cas, dans lequel la laparotomie fit reconnaître un angiome caverneux de l'ovaire, cause des hémorrhagies.

R. TILLEY a vu la malade qui fait le sujet de l'observation IV ; il a essayé le vinaigre puis l'extrait d'hamamelis, puis la quinine, puis la térébenthine, qui produisit de la strangurie ; additionnée d'eau camphrée, elle ne produisit plus ce symptôme pénible, et diminua la perte.

R. JACKSON ne croit pas que les hémorrhagies puissent être causées par un fibrome. Nous ne sommes guère autorisés à faire une laparotomie pour un fibrome assez petit pour passer inaperçu.

Quant aux maladies tubaires, sans doute, elles peuvent causer des pertes utérines, et nos remèdes n'agissent que sur la surface de l'utérus.

Le cas II a succombé ; Jackson avait préparé la laparotomie, à cause d'un gonflement qu'il avait reconnu dans la trompe.

ADDISON H. FOSTER. **Hydropisie de l'amnios.** — Troisième enfant, accouchement à 8 mois. Un baquet de plus de 20 litres fut rempli jusqu'au bord, et une certaine quantité de liquide se perdit dans le lit et les linges. L'enfant ne vécut que quelques heures.

Le placenta était adhérent, petit, mince et fibreux. L'accouchée se remit bientôt.

Foster n'a pu trouver aucune maladie spécifique.

SAWYER rappelle que Byford a observé la coïncidence de l'hydropisie amniotique avec les monstruosités fœtales. Il a vu des spina bifida contenant beaucoup de liquide, et croit que l'arachnoïde, dont la cavité est ouverte chez le fœtus acéphale, peut sécréter une grande quantité de liquide. Ne se peut-il pas que l'excès du liquide amniotique vienne du fœtus ?

FOSTER croit que le liquide provient du fœtus et de la mère.

ED. B. WESTON. **Nouvelle méthode pour éviter la déchirure du périnée.** — La malade avait eu une déchirure périnéale à chacun de ses accouchements, même lorsque le fœtus était venu à 6 mois.

Weston passa un fil à 13 millim. à droite de l'anus et le conduisit à 35 millim. dans la cloison recto-vaginale, puis le fit ressortir à un point symétrique à celui de l'entrée.

Il coupa les deux chefs à deux centim. et les lia.

Il se produisit une déchirure moins étendue que dans les accouchements précédents. L'enfant pesait 11 livres.

H. D. NEWMAN préfère l'épisiotomie bilatérale. Le fil de Weston facilite sans doute beaucoup la suture, mais on ne voit pas comment il peut s'opposer à la déchirure.

E. W. SAVOYER se loue beaucoup des incisions latérales et reconnait que la suture de Weston, placée quand les parties ont encore leurs rapports normaux, doit diminuer beaucoup la difficulté de la périnéorrhaphie.

WESTON n'a pas voulu dire que sa suture doive remplacer l'épisiotomie et les précautions ; mais elle est un guide pour la périnéorrhaphie.

BAYARD HOLMES. **Cultures de bactéries pures dans l'urine d'un néphritique après la scarlatine.** — Holmes y a trouvé et présente des cultures du *streptococcus pyogenes* de Rosenbach.

Séance du 21 décembre 1888.

PRÉSIDENCE DE CH. T. PARKES

W. W. JAGGARD. **Utérus, annexes, reins et uretères** d'une malade morte d'éclampsie 12 heures après avoir accouché.

L'auteur se propose de discuter la question de l'anneau de Bandl et de l'éclampsie, dans la séance de février 1889.

H. T. BYFORD. **Trocart pour l'ovariotomie vaginale. Calcul uréthral. Kysto-fibromes ovariens. Grossesse ovarique. Tumeur graisseuse de la capsule surrénale. Kysto-fibro-myôme de l'utérus.**

W. W. JAGGARD. **Fièvre typhoïde pendant la grossesse.**

CAS I. — La malade attendait son accouchement pour le 10 mai, elle fut prise des symptômes typhiques le 7 et accoucha le 15. Le 14, elle eut 39°,4. Elle prit plus d'un litre de cognac dans l'espace de 4 heures. Elle n'eut pas de lait. L'enfant avait la peau macérée, et présenta des pustules sur tout le corps. Il guérit.

CAS II. — La malade avorta à 14 semaines. Elle n'eut pas de fortes hémorrhagies, et se remit bientôt.

Les causes principales de l'avortement ou de l'accouchement prématuré sont :

1° L'élévation de la température maternelle, causant la mort du fœtus par *insolation* ou par expulsion prématurée, par irritation thermique du muscle utérin.

2° L'endométrite hémorrhagique.

3° La diminution de la pression sanguine chez la mère, et l'asphyxie du fœtus.

4° Widal et Chantemesse ont découvert chez le fœtus, le bacille typhique.

DOERING a vu une femme avoir 40°,26, et aller à terme.

PARKES a vu avorter toutes les femmes prises de typhoïde au début de la grossesse.

BAYARD HOLMES remarque que le fœtus n'est pas toujours atteint, lorsque la mère a un anthrax, quoique son sang, à elle, soit plein de bacilles.

JAGGARD. Comme l'ont démontré Doléris, Doré, Max Runge et

d'autres, si l'élévation de la température maternelle se fait lentement et ne dure pas, le fœtus échappe le plus souvent.

(Résumé, d'après l'*Am. J. of obst.* Mars 1880, par A. Cordes.)

REVUE DE LA PRESSE

De la rétention du placenta produite par rétrécissement de l'anneau de contraction, par W. Freund.

Le cas signalé par Schultze, à la 50e réunion des naturalistes allemands, « *opération de Porro, pratiquée pour sauver une femme, mise en danger de mort par des accidents infectieux, ayant pour origine un placenta retenu dans la matrice* », éveilla une attention justifiée. Au prix de cette opération grave, la femme avait été sauvée.

Mais si, sous le rapport de l'intervention, l'observation de Schultze est unique, il faut dire que la rétention du placenta, déterminée par une coarctation du col, survenant peu après l'accouchement, coarctation qui persiste ou qui ne cède que tardivement et d'une manière insuffisante, n'est pas un accident exceptionnel: observations rapportées par Hegar, Aepli, Seulen, Labusquière.

Spiegelberg fait intervenir comme facteurs étiologiques les circonstances suivantes :

a) Direction irrationnelle de la délivrance, et, en particulier, tractions intempestives sur le cordon.

b) Adhérences pathologiques du placenta.

c) Métrite déjà existante.

c) Écoulement prématuré des eaux.

d) Tractions intempestives sur certaines parties fœtales en prolapsus.

e) Seigle ergoté.

f) Refroidissement des extrémités inférieures.

Or, le médecin qui a eu l'occasion d'observer un grand nombre de fois la rétention du placenta, aura pu, aisément, constater que plusieurs de ces cas ne ressortissent à aucune des catégories précédentes, ou du moins, qu'ils n'en tirent pas une explication

suffisante. D'autre part, si, par exemple, les tractions pratiquées sur le cordon méritaient l'importance étiologique qu'on a voulu leur accorder dans la production de l'accident, combien celui-ci devrait-il être plus commun, dans des services où ces tractions sur le cordon constituent le procédé ordinaire ! On en pourrait dire autant de l'usage irrationnel de l'ergot de seigle, etc.

En tout état de cause, ces circonstances pathogéniques, communément admises, ne sont pas de nature à expliquer des cas où ***l'anneau musculaire de contraction se coarcte, prématurément, chez la même femme et à chaque accouchement produit la rétention de l'arrière-faix, et ne permet que tardivement son expulsion.***

Peut-être faut-il chercher la raison de la répétition de l'accident, indépendamment de l'intervention de certaines conditions adjuvantes, dans une susceptibilité particulière de l'utérus, peut-être même dans une idiosyncrasie des femmes qui y sont sujettes. Freund croit pouvoir, de l'examen de 7 observations personnelles, prises à la policlinique de Strasbourg, tirer des conclusions dans ce sens. Voici ces observations très résumées :

1) 42 ans. VI pare. *Antéflexion utérine congénitale.* Au 5e accouchement, délivrance artificielle. Au 6e accouchement, comme, 2 heures après la sortie de l'enfant, le placenta n'était pas encore expulsé, malgré l'emploi d'autres moyens (expression suivant la méthode de Crédé, *administration du seigle ergoté*), il fallut procéder à l'extraction manuelle du délivre. État des parties : utérus encore volumineux, incurvé en avant et très dur, irrégulièrement contracté,... ***tandis que le segment inférieur paraissait flasque, la région de l'anneau de contraction était si serrée qu'on ne put, et péniblement, introduire que deux doigts.*** Extraction du délivre, déjà décollé en plus grande partie. Suites de couches normales.

2) 36 ans. Phtisique, à la 3e période, bassin rachitique plat, accouchements antérieurs longs, mais sans intervention de l'art. Au dernier, 1/4 d'heure environ après la sortie de l'enfant, hémorrhagie ; frictions, tentatives d'expression placentaire échouent ; et, ***malgré l'évacuation de la vessie qui était distendue par l'urine***, l'utérus restait haut. On n'avait pas donné d'ergot. Intervention manuelle : ***l'anneau musculaire était si serré, si résistant, qu'on pouvait à peine introduire deux doigts.*** Extraction

laborieuse de l'arrière-faix et lavages fréquents durant les suites de couches. Aucun accident du côté des organes génitaux, mais les progrès de la phtisie, firent transférer la femme dans un autre service.

3) 36 ans. I pare. Accouchement très prolongé, ayant duré 4 jours, *la poche des eaux s'étant rompue le premier*. Application de forceps; 3/4 d'heure après la sortie de l'enfant, la délivrance ne s'effectuant pas, intervention manuelle : *l'anneau de contraction était dur comme du fer, et si serré qu'il ne laissait pénétrer que deux doigts*. L'administration du chloroforme ne diminua pas la constriction. Extraction du délivre très laborieuse. Suites de couches normales.

4) 29 ans. V pare. Au 4e accouchement, extraction artificielle du délivre à cause d'une hémorrhagie. Les suites de couches furent pathologiques. Il semble que cette femme ait fait de l'endométrite et de la métrite puerpérale, accidents dont elle aurait gardé, comme conséquence, une *antéflexion de la matrice*. Le corps de l'utérus, coudé à angle aigu sur le col, ne se laissait pas redresser manuellement. Au 5e accouchement, la délivrance ne se faisant pas, intervention : au-dessus de la portion vaginale, il y avait une *région de la matrice, longue, dure, qui n'admettait que deux doigts et qui était fortement contractée sur eux*. Extraction très laborieuse du placenta. *Le délivre, traversé par des faisceaux de tissu connectif, présentait, non loin de l'implantation du cordon, un anneau cicatriciel, blanc*. Suite de couches quelque peu fébriles.

5) 26 ans. VI pare, accouchements normaux. Au 6e, après sortie normale de l'enfant, hémorrhagie. Comme la délivrance tardait, intervention. A ce moment, la *femme était évanouie* et perdait encore du sang. *L'anneau de contraction était tellement serré qu'on eut beaucoup de peine à introduire deux doigts*. Suites de couches compliquées de quelques phénomènes pyrétiques.

6) 27 ans. *Expulsion prématurée de l'œuf, au 5e mois de la grossesse*. Examen pratiqué 3 jours après : vagin étroit, portion vaginale flasque et courte, portion supra-vaginale, dure, et, par rapport au reste de l'organe, très longue. Sa paroi antérieure présente dans sa portion inférieure, une *inflexion aiguë, à angle rentrant*. En haut, elle se continue directement avec le corps de l'utérus. Celui-ci est augmenté de 3 fois son volume, paraît plutôt

aplati de haut en bas que cylindrique. *La déviation utérine se montre irréductible.* On ne peut introduire qu'un seul doigt dans le col, et bientôt, *on se heurte à une partie si dure, si étroite, si fermée, qu'on ne peut faire passer qu'une sonde.* 14 jours après l'expulsion du fœtus, apparition de douleurs et expulsion spontanée de l'arrière-faix. *Très peu après, l'utérus était antéfléchi et absolument fermé.* Le placenta, qui avait la forme d'un boudin, n'offrait aucun signe de décomposition.

7) 39 ans. VIII pare. 5 accouchements normaux. Un nécessita une application de forceps, et dans le 7e, où l'enfant venait par le siège, on procéda à l'extraction de celui-ci. Depuis le 1er accouchement, *ventre en besace*, condition qui ne fit que s'accuser par la suite. Au 8e accouchement, présentation du tronc. Version et extraction faciles. Délivrance naturelle. Mais, peu après, la matrice se replaça en antéversion et, comme on voulut faire un lavage de l'utérus, on constata que l'*anneau de contraction était si étroitement serré qu'il ne pouvait être question d'introduire une sonde.* Suites de couches normales.

Si l'on veut expliquer ces rétentions du placenta par l'intervention des circonstances habituellement incriminées, on peut les répartir de la manière suivante : cas 1, seigle ergoté ; cas 5 et 6, adhérences placentaires ; cas 3, écoulement prématuré des eaux, et rigidité des tissus ; cas 4, métrite ancienne et endométrite.

Mais, indépendamment de ces conditions étiologiques, dont la diversité est un peu compatible avec une explication suffisante de la complication en question, il est intéressant de mettre en relief certains caractères communs que présentent plusieurs de ces cas, ainsi : *dans* 3 *il y avait antéflexion congénitale de la matrice, dans un* 4e *antéflexion acquise. Or, une des particularités de cette anomalie de position consiste dans un rétrécissement de l'orifice interne.*

L'auteur jette ensuite une plus vive lumière sur les rapports étroits qui doivent exister entre cette antéflexion de l'utérus et la rétention du placenta, en montrant l'influence qu'exerce déjà la déviation utérine sur la grossesse, l'accouchement, et les suites de couches. Cette déviation utérine, indépendamment du rétrécissement de l'orifice interne, s'accompagne d'une rigidité toute spéciale de la paroi de l'utérus, et surtout d'*une tendance, très marquée, de l'organe à reprendre, immédiatement après la sortie de*

l'enfant, sa disposition antérieure. Aussi, Freund formule-t-il la proposition suivante : en raison de l'analogie frappante que présentent ces 4 cas, antéflexion utérine et sténose au moment de la 3e période, on ne peut admettre une simple coïncidence, un pur effet du hasard ; il est plus rationnel de reconnaître qu'IL S'AGIT DANS CES FAITS D'UN RETOUR, TRÈS PRÉMATURÉ, A L'ÉTAT ANTÉRIEUR DE L'UTÉRUS, ÉTAT QUI CARACTÉRISE L'ANTÉFLEXION DE L'ORGANE : INFLEXION EN AVANT, ÉTROITESSE DE L'ORIFICE INTERNE, RIGIDITÉ DES PAROIS DE L'UTÉRUS.

Toutefois, il ne veut pas dire que cette disposition anatomique, particulière de la matrice, suffit à produire la rétention du placenta. Non ! Il pense qu'il s'agit plutôt là de conditions prédisposantes. Mais, que lorsqu'elles existeront, il suffira de l'intervention, par exemple, d'une des causes incriminées habituellement (ergot de seigle, tractions imprudentes sur le cordon, adhérences du placenta), pour déterminer l'incarcération du placenta.

Dans le cas 2, la cause prédisposante à l'incarcération placentaire aurait été la dyspnée, due à la phtisie laryngée et pulmonaire, et la cause déterminante, la réplétion de la vessie ; et, parallèlement, dans le cas 5, la perte de connaissance et les adhérences placentaires (placenta marginé).

Conclusions pratiques : quand on constate chez une femme les conditions étudiées ci-dessus, il faut, comme moyens prophilactiques d'abord, éviter toutes les circonstances de nature à augmenter la disposition, naturelle déjà, de l'anneau de contraction, à se coarcter. C'est dire qu'il faut éviter avec soin les frictions, les tiraillements excitants, rejeter l'emploi du seigle ergoté : en somme, adopter, par rapport à la délivrance, une conduite surtout expectante. En présence du fait accompli, le médecin, évidemment, doit s'inspirer avant tout des indications particulières à chaque cas : s'il existe, par exemple, une hémorrhagie, la combattre par les moyens appropriés. Mais, d'une manière générale, quand l'indication à intervenir n'est pas urgente, il faut se garder de toutes les manœuvres qui sont plutôt propres à empirer la situation. On tâchera, par le repos, les injections tièdes, sans jet, l'administration de quelques opiacés, les fomentations tièdes sur le ventre, de faire cesser la contraction excessive de l'utérus. Enfin, si l'on échoue, et si des accidents graves de septicémie mettent la vie en péril,

on sera autorisé, comme Schultze y réussit, à supprimer le foyer d'infection, par l'ablation de la matrice. (*Arch. f. Gynäk.* Bd XVI. Hft 1.)

R. L.

REVUE DES JOURNAUX

De l'occlusion intestinale après l'ovariotomie (Ueber Darmocclusion nach ovariotomie), W. Hirsch.

1) Une ou plusieurs anses intestinales s'accolent à l'une ou l'autre des deux surfaces cruentées (plaie abdominale, plaie du moignon). La tunique séreuse de l'intestin fusionne avec cette plaie qui, en cicatrisant, se rétracte, et l'intestin subit ce mouvement de rétraction : *occlusion intestinale déterminée par rétraction cicatricielle.*

2) Il n'y a pas accolement d'anses intestinales avec les surfaces cruentées, mais, l'irritation de la séreuse péritonéale produite par l'acte opératoire, par le contact des solutions antiseptiques employées, détermine une péritonite aseptique. Il en résulte la formation de brides inflammatoires qui, sur plusieurs points, fixent l'intestin à l'épiploon, ce qui, en premier lieu, gêne les mouvements péristaltiques de l'intestin. Puis, sous l'influence d'une circonstance fortuite (choc, compression), accumulation de matières stercorales, il se produit des mouvements violents de l'intestin, d'où des tiraillements sur les points fixés, et, éventuellement, l'occlusion : *occlusion intestinale d'origine péritonéale.*

3) Par le seul fait du déroulement de l'intestin qu'en certain cas entraîne l'opération, l'occlusion peut survenir. Ou bien, dans le traitement extra-péritonéal du pédicule, une anse intestinale peut être pincée entre le moignon et la parci abdominale. D'autre part, le pédicule abandonné dans la cavité abdominale peut, par lui-même, produire l'étranglement : *occlusion intestinale d'origine purement mécanique.*

Dans les 2 premiers groupes rentrent les cas où l'occlusion s'établit progressivement. Ainsi, l'ovariotomie a réussi, la guérison, sous le rapport de l'acte opératoire, est un fait accompli, mais les femmes succombent aux suites d'une obstruction intestinale, qui

s'installe peu à peu, qui n'apparaît que lorsque déjà la plaie est guérie. L'occlusion d'origine mécanique, au contraire, se produit souvent peu après l'opération, et, en tout cas, durant le processus de cicatrisation. La mort survient au cours du traitement post-opératoire.

L'auteur expose ensuite l'histoire clinique de l'occlusion intestinàle suite d'ovariotomie. Il étudie les symptômes, le diagnostic, le pronostic, le traitement et, à ce sujet, rappelle les circonstances multiples (précautions à prendre dans la confection du pédicule, influence fâcheuse du bandage abdominal compressif, lavage abdominal destiné à décoller les intestins accolés, action pathogénique de l'iodoforme, de certains antiseptiques, etc.), incriminées ou déclarées préventives par certains chirurgiens (Kaltenbach, Müller, Olshausen, Schatz, Gusserow, Krukenberg, Elischer, Küstner, Sänger, Schwarz, Saxinger, Firning, etc.).

Il cite ensuite un fait nouveau, celui d'une femme qui fut opérée par Bumm, à la Maternité de Wurzbourg. Cette observation est suivie de la relation succincte de onze autres cas, rassemblés dans la littérature médicale. (*Arch. f. gynäk.* Bd XXXII. Hft. 2.)

Du pronostic des opérations des myômes (Zur Prognose der Myomoperationen), Th. LANDAU. — Toute opération supra-vaginale comporte de grands risques. Et, ces risques ne sont pas, exclusivement, liés aux difficultés d'exécution. Cela est si vrai, que de deux opérées, se trouvant dans des conditions identiques par rapport à l'acte opératoire en lui-même, l'une guérira de la façon la plus heureuse, sans que le moindre trouble réactionnel ait troublé la marche de la guérison, tandis que l'autre succombera rapidement. Les causes de la mort, après la myomotomie, peuvent rentrer dans les catégories suivantes : septicémie (péritonite aiguë), hémorrhagie, embolie des artères pulmonaires et choc.

Lorsqu'une femme, qui a subi la myomotomie, meurt, et qu'à l'autopsie, on ne trouve ni lésions de péritonite, ni traces d'hémorrhagies, ni obstruction des artères pulmonaires, on constate au niveau du cœur, indépendamment d'un processus de stéatose des gros viscères abdominaux, des *signes d'atrophie et de myocardite.*

Quels phénomènes cliniques ont présenté ces sujets ?

Abstraction faite des vomissements, qu'on pourrait rapporter à l'emploi du chloroforme, les opérées accusent, suivant leur façon de réagir particulière, des douleurs plus ou moins intenses, qu'elles localisent dans la région de la plaie opératoire, au niveau du sacrum, et entre les deux épaules. Dans les premières heures qui suivent l'opération, l'action du cœur est, à la vérité, affaiblie, mais régulière. De 6 à 10 heures, après l'acte opératoire, au milieu des symptômes d'une dyspnée intense, les battements du cœur s'accélèrent en faiblissant ; le pouls devient de plus en plus petit, misérable, et la mort survient par défaillance cardiaque. L'évolution, il est vrai, n'est pas toujours aussi rapide. L'auteur passe ensuite en revue les *circonstances diverses que l'on a indiquées comme étant de nature à favoriser cette dégénérescence du muscle cardiaque.*

a) *Anémie.* — La pathologie générale a depuis longtemps montré que, chez tous les anémiques, et comme conséquence d'un défaut d'oxygénation du sang, surviennent des lésions de dégénérescence graisseuse dans l'appareil circulatoire. Quand l'anémie est légère, c'est d'abord la tunique interne des grosses artères qui s'altère. Mais, quand la diminution des globules rouges est considérable, c'est le cœur lui-même, et dans sa portion musculeuse, qui est atteint, *stéatose du muscle cardiaque.* Or, la plupart des femmes qui s'exposent aux dangers de la myomotomie, les acceptent, parce que, le plus souvent, leur existence est déjà mise en péril par des hémorrhagies profuses, qui ont déjà créé cet état d'anémie, si favorable à l'apparition de la dégénérescence du cœur.

b) *Influence fâcheuse du chloroforme sur le cœur* (Ungar, Strassmann). Circonstance d'autant plus importante quand il s'agit de myomotomies, qu'en général, et malgré la dextérité de l'opérateur, l'opération est forcément longue.

c) *Influence fâcheuse des antiseptiques sur le système vasculaire en général et en particulier sur le myocarde* (Oberländer, König, Küster, Langenbeck, Senger, etc.).

d) Action défavorable, *sur le cœur*, produite par la sortie des intestins (Schröder, Olshausen). A ces conditions pathogéniques déjà connues, l'auteur ajoute :

e) *L'usage antérieur, prolongé, de l'ergotine.* Des résultats, par le traitement avec l'ergotine, ne sont obtenus que si ce traitement est prolongé. Mais, parler de traitement prolongé, équivaut à dire :

intoxication chronique. En somme, il est prolongé jusqu'à apparition de certains troubles, accidents gastriques, vertige, agitation, troubles de la sensibilité....., puis, après une suspension plus ou moins longue, on le reprend. Mais, cette action prolongée sur les éléments musculaires des vaisseaux, et conséquemment sur le myocarde, entraîne des altérations (thrombose hyaline), et se traduit, cliniquement, surtout par l'affaiblissement de l'action du cœur. Enfin, on pourrait invoquer l'action de l'ergotine sur le système nerveux. Car, on a constaté que l'ergotisme chronique détermine des altérations de nature scléreuse dans les cordons postérieurs de la moelle.

De cette étude, l'auteur ne veut pas déduire des conclusions contre le traitement par l'ergotine, traitement qui a donné en certains cas des résultats heureux, ni contre la myomotomie, il lui suffit de faire remarquer que *la myomotomie offre d'autant moins de chance de guérison à une femme atteinte de myômes, qu'elle a déjà été soumise à un traitement prolongé par l'ergotine.* (*Cent. f. Gynäk.*, 1889, nº 11.)

De l'état de la muqueuse du corps dans le carcinome de la portion vaginale (Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio), K. Abel. — Les recherches de l'auteur ont porté sur 7 utérus, enlevés par Landau pour dégénérescence carcinomateuse de la portion inférieure de l'utérus (6 fois carcinome de la portion vaginale, 1 fois carcinome du col). Dans tous les cas, la muqueuse du corps de l'utérus était profondément altérée, tandis que la muqueuse du col, dans les cas de carcinomes de la portion vaginale ne présentait que des modifications légères.

Suivant l'auteur, sur l'ensemble de ces 7 cas, 3 fois il s'agissait de dégénérescence sarcomateuse, une fois sarcome à petites cellules, 2 fois à cellules fusiformes. Des 4 autres utérus, 2 auraient présenté des altérations correspondant à un stade précoce de la dégénérescence sarcomateuse, tandis que les 2 autres n'auraient offert que des altérations de nature purement inflammatoire qui intéressaient le tissu glandulaire et interglandulaire, sans aucune trace de néoplasie.

Ce travail, dans lequel on trouve l'exposition détaillée des conditions anatomiques relevées dans chaque cas, est accompagné de 4 planches figurant les altérations histologiques observées.

L'auteur pense avoir apporté la preuve anatomo-pathologique des droits de l'extirpation totale dans tous les cas de cancer de la portion vaginale. (*Cent. f. Gynäk.*, 1889, nº 1, et *Arch. f. Gynäk.* Bd XXXII. Hft 2.)

Des micro-organismes du bout fœtal du cordon ombilical (Die microorganismen der Nabelschnurrestes), S. CHOLMOGOROFF.

Se développe-t-il toujours des micro-organismes sur le bout de cordon ombilical, qui reste appendu à l'enfant ? Quels sont ces micro-organismes ?

La nature et le mode de pansement du cordon ombilical ont-ils une influence sur leur développement ?

Leur présence coïncide-t-elle avec l'apparition d'une affection puerpérale chez la mère ?

Peut-on, grâce à un pansement particulier, empêcher ou du moins réduire au minimum, le développement des micro-organismes dans le cordon ombilical ?

L'auteur a fait ses recherches dans le service clinique de Sutugin, à Moscou, et poursuivi ses études expérimentales dans le laboratoire du professeur Babuchin.

Aucun des enfants, qui ont servi à ces recherches, n'était atteint de conjonctivite gonorrhéique. La substance, fournie par l'enfant et insérée ensuite sur les milieux de culture, était prise, après incision du cordon, toutes précautions étant observées pour éviter toute contamination par un organisme hétérogène. Comme milieux de culture, on a surtout utilisé les milieux solides, agar-agar et gélatine. Très rarement, il a été fait usage de bouillons liquides. Pour le triage des organismes, on a, exclusivement, eu recours au tube d'Esmarch avec l'agar-agar. Ces tubes placés au sein d'une température constante de 37°, donnèrent, après 1 ou 2 jours, développement à des colonies, qu'on inocula ensuite, par piqûre et par stries, sur l'agar-agar et sur la gélatine.

D'autre part, on employa pour le pansement du cordon ombilical différents pansements (ouate hygroscopique, lanoline, gypse).

L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes :

1. Le cordon des nouveau-nés est absolument dépourvu de bactéries ; elles y arrivent de l'extérieur.

2. Sur le bout du cordon, qui reste appendu à l'enfant, se développe comme germes non pathogènes, la *sarcina lutea* et le *ba-*

cillus subtilis ; comme germes pathogènes, le *staphylococcus albus, aureus et citreus, et le streptococcus pyogenes.*

3. Suivant la nature du milieu où il est, le cordon meurt par *mortification* ou par *momification.*

4. La mortification humide favorise le développement des germes pathogènes et non pathogènes.

5. Quand il y a momification sèche, il faut considérer au cordon deux segments. Dans le plus long, ne se développent que des germes non pathogènes, dans l'autre des germes pathogènes et non pathogènes, et ceux-là en très petit nombre.

6. Dans le pansement avec le gypse, la momification est aussi complète qu'avec n'importe quel autre mode de pansement. *Le développement des micro-organismes est réduit au minimum.*

7. Les bactéries pathogènes du cordon ombilical sont identiques à celles des affections puerpérales.

8. L'apparition de micro-organismes pathogènes sur le cordon est indépendante des affections puerpérales de la mère ou de la conjonctivite gonorrhéique du nouveau-né. (*Zeits. f. Geb. und Gyn.* Bd XVI, Heft. 1.)

BIBLIOGRAPHIE

Recherches sur l'échange de substances entre le liquide amniotique et le sang maternel, A. Torngren (Helsingfors). — Ce travail est une œuvre de recherches expérimentales. L'auteur nous en donne le détail, et, bien vite, on se rend compte des difficultés énormes que ces recherches comportent, de l'ingéniosité et de la patience qu'il faut y déployer.

En premier lieu, et comme introduction, historique des opinions, si diverses encore aujourd'hui, qui ont été émises sur l'origine du liquide amniotique. L'historique se termine par des propositions connues, et qui résument cette diversité des opinions, au service desquelles on a fait intervenir les études anatomiques, physiologique, chimiques.

1) Le liquide amniotique est transsudé directement des vaisseaux de la mère à travers les membranes.

2) Le liquide amniotique est un produit du fœtus, soit de sa peau, soit de ses reins.

3) Le liquide amniotique provient des annexes du fœtus : le placenta, le cordon ombilical, les membranes.

4) La plupart des auteurs sont d'avis qu'il ne faut pas chercher la source du liquide amniotique uniquement dans un de ces facteurs, mais que plusieurs contribuent à la fois à sa formation.

Dans le chapitre suivant, le plus important, l'auteur expose, en les interprétant, les recherches expérimentales qu'il a instituées, pour tâcher d'élucider le problème qu'il s'est posé, « l'*échange de substances entre le liquide amniotique et le sang maternel* ». Ces recherches sont basées sur la considération suivante : « s'il y a un échange actuel et assez rapide entre les liquides amniotiques et le sang de la mère, les substances introduites dans la cavité amniotique d'un des œufs, doivent se retrouver, non seulement dans les liquides et les organes de la mère, mais aussi dans les autres œufs, en supposant qu'il y en ait plusieurs ». La substance employée a été l'iodure de potassium, en raison de sa facile résorption. Mais pour déceler la présence de l'iode, il faut d'abord débarrasser les substances dans lesquelles on le cherche, de l'albumine qu'elles contiennent, parce qu'elle empêche les réactions ordinaires de l'iode de se produire.

Suit l'exposé de 5 expériences, desquelles il ressort que l'*iodure de potassium, injecté dans la cavité amniotique, passe dans l'urine de la mère, qu'il s'agisse de lapines à terme ou à une époque moins avancée de la gestation. Le temps nécessaire au phénomène paraît être de 45 minutes.*

Pour savoir si l'iodure de potassium passe dans l'organisme fœtal avant d'arriver dans le sang maternel, il a été fait deux autres expériences. Elles ont consisté à introduire directement de l'iodure de potassium dans l'estomac des fœtus. Or, dans ces 2 cas, l'iode n'est apparu que beaucoup plus tard dans l'urine de la mère, d'où la conclusion que l'*iode trouvé, soit dans l'urine de la mère, soit dans les œufs, au cours des autres expériences, avait dû passer, non par l'organisme fœtal, mais par le placenta ou les membranes.*

On trouve ensuite la relation d'expériences ayant pour but d'étudier l'influence de la mort du fœtus, d'un obstacle apporté dans la circulation des annexes fœtales et dans l'excrétion urinaire, sur le passage des substances du sang maternel dans l'œuf. Les conclusions générales de ce chapitre sont les suivantes :

a) L'iodure de potassium peut passer, chez le lapin, du sang maternel dans l'eau de l'amnios, sans traverser le fœtus.

b) L'iodure de potassium introduit dans la cavité amniotique, passe dans la circulation maternelle sans traverser l'organisme fœtal.

c) Ces deux phénomènes se produisent quand la lapine est à terme et à une époque moins avancée de la grossesse, au moins depuis sa moitié.

d) La circulation fœtale dans le placenta, les membranes et le cordon ombilical contribue essentiellement au passage dans la direction vers le fœtus. Dans la direction « matripète », l'action cardiaque du fœtus semble jouer un rôle encore plus important.

Dans un dernier chapitre, ayant pour titre « *Revue critique, accompagnée de quelques expériences comparatives* », l'auteur rappelle, en les soumettant à une analyse critique, les recherches analogues aux siennes faites par d'autres expérimentateurs. Il cite en particulier celles de Gusserow et Bar qui, seuls, avant lui se sont occupés de la résorption du liquide amniotique, celles de Tarnier et Pinard relatives au degré de perméabilité des membranes ovulaires de l'œuf humain, et termine son intéressant et très laborieux mémoire par la proposition suivante : L'ÉCHANGE DE SUBSTANCES ENTRE LE LIQUIDE AMNIOTIQUE ET LE SANG MATERNEL S'OPÈRE PRINCIPALEMENT PAR L'INTERMÉDIAIRE DES VAISSEAUX DES ANNEXES DU FŒTUS.

Dr R. LABUSQUIÈRE.

Erratum. — Page 305, ligne 9, au lieu de : solution alcoolique de 1/2500..., lire : solution alcoolique de sublimé à 1/2500.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1889

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉLANO-SARCOME PRIMITIF DE LA VULVE

Par **R. W. Taylor**, chirurgien à l'hôpital « la Charité » de New-York.
(Traduit par le Dr R. LABUSQUIÈRE.)

Toutes les variétés de néoplasmes malins, épithéliomas, carcinomes et sarcomes, se développant sur les organes génitaux externes, sont d'observation extrêmement rare. Et, lorsqu'ils se rencontrent en cette région, ils y sont, en règle générale, comme *lésions primitives*. Ce n'est, qu'exceptionnellement, qu'ils s'y présentent à titre de produits secondaires, et plus rarement encore, comme résultat de l'extension, de haut en bas, d'une néoplasie maligne du conduit génital interne.

Bien que l'épithélioma de l'utérus soit loin de constituer une affection commune, on a dit qu'il en était observé de trente-cinq à quarante pour un seul épithélioma des parties externes de la génération. Et cependant, ce dernier tient la première place parmi les néoplasmes malins de la vulve. Il existe dans la littérature médicale des relations si nombreuses de cas d'épithélioma vulvaire, que l'histoire et l'évolution de cette affection sont suffisamment connues, et qu'elle a cessé de constituer une rareté clinique.

Le carcinome et le sarcome de la vulve sont extrêmement rares, et, après minutieuse analyse des statistiques peu fournies qui se rapportent à ces deux affections, il semble ressortir que, quant à leur fréquence relative, le premier est au second comme deux est à un. Si l'on étudie avec attention ce qu'il y a, sur la matière, dans la littérature médicale, on est fort désappointé parce qu'on tombe sur des descriptions incomplètes des cas rapportés, et qu'en outre, on ne trouve pas, relativement à leur nature, une définition précise. En réalité, il reste encore à ajouter beaucoup à l'ensemble de nos connaissances sur le carcinome primitif de la vulve, et, en somme, on en peut dire tout autant du sarcome primitif de cette région, dont il existe moins de six cas indistinctement relatés.

Si, maintenant, nous passons au *mélano-sarcome,* dont la localisation primitive sur l'œil, sur la peau, dans les viscères, peut difficilement être signalée comme commune, nous ne trouvons que trois cas accompagnés d'une relation satisfaisante (et une mention très vague du sujet dans quelques traités classiques), dans lesquels l'affection avait débuté, d'emblée, à la vulve. En conséquence, *on est autorisé à ranger le mélano-sarcome primitif de la vulve parmi les plus rares de toutes les variétés de néoplasmes malins de cette région.*

A ce sujet, il est nécessaire de souligner le fait que, sous le nom de mélanose vulvaire, on a relaté un certain nombre de cas qui, en réalité, étaient des cas de carcinome mélanique. Et cela a jeté une grande confusion dans l'esprit de beaucoup de médecins qui n'ont pas une conception claire de ces deux types de néoplasmes malins. Il y aurait donc intérêt à abandonner le terme de « *mélanose* », qui est de nature à créer une certaine équivoque.

Le carcinome mélanique a son origine dans les éléments épithéliaux, tandis que le mélano-sarcome, de même que le simple sarcome, est une affection du tissu conjonctif.

Dans cet essai, je relaterai une observation personnelle de mélano-sarcome primitif de la vulve, que je ferai suivre de

l'exposition sommaire des faits de Göth (1), Terrillon (2), Müller (3). Ils représentent tous les cas rapportés jusqu'ici de cette affection, et j'espère, ce faisant, jeter quelque lumière sur ce sujet peu connu.

Il convient, pour étudier le mélano-sarcome des muqueuses, d'utiliser ce que nous savons du mélano-sarcome de la peau. Il existe, en effet, entre les deux processus de nombreuses analogies, bien que l'affection, lorsqu'elle évolue sur des muqueuses, soit loin de présenter ces symptômes objectifs si nets qui la distinguent quand elle a un siège cutané. Il importe de rappeler, dans cette étude, les modes primitifs suivants de développement du mélano-sarcome :

1° Le sarcome mélanique primitif de la peau qui, sous forme d'un, ou de plusieurs petits nodules, débute sur une éphélide, sur une tache pigmentaire, sur un nævus vasculaire, sur une anomalie congénitale de la peau, sur un bourgeon cutané, qui se greffe sur un processus phlegmasique chronique du tégument ou en est la conséquence, ou bien qui succède à un traumatisme modéré ou violent d'une région cutanée. Dans tous ces cas, *irritation et traumatisme paraissent être des facteurs importants et essentiels.*

2° Le mélano-sarcome local primitif, qui peut ou rester circonscrit ou se généraliser, qu'en raison de l'ignorance où l'on est des causes qui le produisent, on est autorisé à qualifier d'idiopathique, et qui, parfois, est d'origine congénitale. Cette variété se rapproche du premier type.

3° Le mélano-sarcome idiopathique et multiple qui débute aux mains et aux pieds, et de ces régions envahit le corps, mélano-sarcome que l'on a désigné sous le nom de « *type* d'Hébra », et que cet observateur considère comme étant une

(1) Pigmentsarkom der Aüsseren Genitalien. Centralblatt für Gynäkologie, october, 1, 1881.

(2) Mélanose généralisée ayant débuté par une petite lèvre de la vulve. *Ann. de gynéc. et d'obst.*, juillet 1886.

(3) Zür kasuist. Neubildungen an die aüsseren Weiblichen genitalien. *Berlin. Klin. Wochenschrift*, n° 31, 1881.

maladie générale. Exceptionnellement, l'affection débute d'une façon locale, en d'autres points que sur les extrémités, et, en particulier, sur les diverses régions de la face et du tronc.

4° Le mélano-sarcome qui débute sur la choroïde et ses replis (*ureal tract*).

5° Le mélano-sarcome qui se développe dans l'un quelconque des viscères ou dans les ganglions lymphatiques, (exceptionnel).

6° Le mélano-sarcome des muqueuses, conjonctive, muqueuse de la bouche, de la vulve et du pénis (1). Cette variété est « le plus fréquemment » à titre de produit secondaire (nous employons ici ce terme « fréquemment » en tenant bien entendu soigneusement compte de la rareté de ces néoplasmes). En tant qu'affection primitive, cette variété est fort rare, et, eu égard à ces caractères, elle mériterait d'être rangée à côté des néoplasmes analogues, classés dans les catégories 1 et 2 (*Vid. supra*).

---

(1) Le sarcome primitif et le mélano-sarcome du pénis sont également fort rares. Après de très laborieuses recherches, j'ai trouvé les cas suivants : W. Battle décrit (sarcome primitif du pénis. *Trans. path. Societ. of London*) un cas observé chez un homme âgé de 60 ans. Holmes, dans les comptes rendus de la même société, V. XXIII, 1872, relate, sous le titre « mélanose du pénis », l'observation d'un homme de 52 ans. Dans le « *Gross' system of surgery* », Ed. VI°, p. 834, on trouve rapporté le cas d'un nègre, âgé de 44 ans. Enfin au « *Guys' Hospital* » on conserve une pièce pathologique enlevée par Golding Bird.

Mon collègue, le Dr A. W. Stein a rapporté (*Med. Record*, 21 mai 1887) l'observation, avec détails nécropsiques, d'un homme âgé de 33 ans atteint de mélano-sarcome généralisé, et chez lequel il y avait infiltration évidente de la vessie, de l'urèthre, des corps spongieux et caverneux, du testicule et du cordon. Mais on ne put se procurer de renseignements sur le développement primitif de l'affection.

Le cas de Demange (Étude sur la lymphadénie. *Th. de Paris*, 1874) et de Vidal, a été emprunté comme exemple de mélano-sarcome primitif du gland. Mais son histoire même, montre qu'en réalité l'affection avait débuté aux extrémités, et qu'après environ trois années, l'organe génital avait été atteint, évolution qui ne constitue pas une éventualité rare.

D'une manière générale, on peut émettre en proposition que *les tissus divers offrent des conditions d'autant plus favorables au développement du mélano-sarcome qu'ils sont plus riches en pigment.* Ainsi, la choroïde et ses replis (ureal tract) représentent le siège de beaucoup le plus commun de ces sortes de néoplasmes, la peau est beaucoup moins souvent atteinte.

Observation I (personnelle)

Mme X..., âgée de 62 ans, mère de 5 filles bien portantes, vint réclamer mes soins le 1er juin 1887. Toujours, elle avait joui d'une bonne santé, n'avait jamais souffert d'une lésion quelconque des organes génitaux, lesquels, à sa connaissance, n'avaient jamais, auparavant, présenté de condition anormale, même de peu d'importance. Antécédents de famille excellents, pas de traces de cancer. Voici les renseignements que la malade fournit : deux années auparavant, environ (elle avait alors 60 ans), elle éprouva, au niveau de la vulve, une sensation légère de cuisson, et, à plusieurs reprises, elle remarqua sur son linge de dessous une faible coloration sanguinolente. A cette même époque, elle constata la présence d'une raie bleuâtre dans le sillon situé entre la grande lèvre et la petite lèvre du côté gauche. Peu de mois après apparut une tumeur sphérique, de petit volume, qui siégeait du même côté et dans le voisinage du méat urinaire; bientôt, une deuxième tumeur, de la grosseur d'un petit pois, fut constatée à droite du méat. Simultanément, il y avait, dans l'aine droite, une masse douloureuse. Un médecin de Montréal, le Dr Trenholme, qualifia les lésions vulvaires de cancer, et les extirpa à l'aide du bistouri, vers la fin du mois de juin 1886. La plaie cicatrisa rapidement, sans qu'il restât aucune trace apparente du néoplasme. Environ deux mois plus tard, la femme remarqua à droite du méat, la présence d'une petite tache qui s'étendit rapidement jusqu'en octobre de la même année, époque où elle fut excisée par le Dr Trenholme. A peu près dans le même moment, il fut, d'une part, constaté qu'il y avait, dans l'aine gauche, une tuméfaction notable, et d'autre part, il parut que la masse, trouvée antérieurement dans l'aine droite, était plus petite. Vers le mois de novembre de la même année, on découvrit une seconde tumeur, de petit volume, semblable à une verrue, qui, située un peu à droite du méat urinaire, s'étendait de là jusqu'à

l'orifice vaginal, et le long de la portion supérieure droite du rebord de cet orifice. A partir de cette date, ainsi que durant une période d'environ huit mois, ce second néoplasme augmenta en volume. D'autre part, vers le mois d'avril, une nouvelle tumeur, plus petite, se développa à droite et juste au-dessous de l'autre sur la portion de la petite lèvre qui part du clitoris. L'aspect de ces lésions, telles qu'elles m'ont apparu dès le principe, est bien représenté dans le dessin colorié (1). La nodosité la plus grosse avait une coloration bleu noir, sa surface était parfaitement unie, homogène et légèrement luisante. Elle ressemblait à une prune mûre, sauf qu'elle était conique dans sa portion supérieure, près du clitoris. Elle mesurait environ 1 pouce et demi en longueur sur un pouce et quart de large. Sa structure était ferme, et cependant la tumeur était compressible, même sous une pression modérée. Elle adhérait solidement à la muqueuse de la portion droite de l'orifice vaginal, et sa base, qui avait un pouce environ de diamètre, se prolongeait, mais sans l'englober, jusqu'au méat urinaire. Quand on tirait sur la tumeur, on soulevait les tissus sous-jacents. La tumeur, se développant ainsi, sur le côté droit du vagin, inclinait en dedans et surplombait l'orifice vaginal. La nodosité plus petite, était manifestement située au-dessous de la muqueuse, et celle-ci étant modérément tendue, on pouvait, par transparence, l'apercevoir sous la forme d'une petite masse, ovale, qui était tout à fait adhérente aux tissus voisins. Les deux tumeurs étaient en rapport de continuité. Il n'existait ni complication inflammatoire ni traces d'écoulement anormal. Dans l'aine droite, plusieurs ganglions, hyperplasiés, et fusionnés entre eux, constituaient une masse, qui avait le volume d'une noix. Quant à l'aine gauche, elle proéminait, d'une manière notable, au niveau de sa portion moyenne. Là, on constatait une tumeur dure, légèrement lobulée, de forme conique, dont la base mesurait largement 3 pouces (78 millimètres), et dont le sommet, mousse, s'élevait au moins un centimètre au-dessus du niveau normal; elle était recouverte par de la peau saine. L'examen permit de reconnaître que les ganglions étaient solidement fixés aux tissus sous-jacents, et que, s'il était possible de déplacer un peu la masse par glissement, on ne pouvait la soulever. Les lésions vulvaires étaient pour la malade la cause d'une vive

(1) La planche à laquelle l'auteur fait ici allusion sera annexée à la deuxième partie de son mémoire.

anxiété. La plus grosse tumeur était l'origine de malaises locaux, surtout quand la malade était couchée, et, de plus, elle apportait quelque obstacle à la miction. Le retour et le développement continu de ces tumeurs, l'idée qu'il s'agissait là de lésions incurables, et pouvant devenir le point de départ de complications graves, tenaient la femme dans un état permanent de terreur. Cela se dégageait, en une certaine mesure, de sa profonde émaciation, de son affaiblissement, de la perte de son appétit, et de l'expression inquiéte de sa physionomie. Mari et femme insistaient pour qu'on procédât à l'extirpation des tumeurs vulvaires.

Au mari, je fis comprendre qu'une semblable intervention ne pouvait être que palliative, que l'élément pathogène persisterait dans les ganglions infiltrés, qu'on ne pouvait s'attaquer à ceux-ci avec aucune certitude de réaliser une extirpation complète, et que cela entraînerait une plaie opératoire étendue. J'insistai également sur le fait de la première récidive et laissai entendre que l'affection était susceptible de faire un semblable retour. D'autre part, il fut tenu compte des conditions qui favorisaient l'action du chirurgien sur les tumeurs vulvaires, et aussi de la possibilité d'une cicatrisation parfaite (ainsi que cela a été fréquemment observé à la suite de l'extirpation de sarcomes et de sarcomes pigmentaires). En somme, on décida que l'opération serait faite, et elle fut pratiquée le 16 juin, en présence des docteurs Horrow et Trenholme.

Ayant exercé une certaine traction sur la tumeur, je la cernai avec une anse galvano-caustique, portée au rouge sombre, le plus près possible de sa base. Au moment où le fil galvanique était bien enfoncé dans le tissu, la batterie de l'appareil (qui justement arrivait de chez le fabricant et qu'on supposait en parfaite condition) cessa de fonctionner. Je sectionnai alors la tumeur immédiatement au-dessus du niveau normal de la petite lèvre et me mis en devoir d'extirper sa base fragment par fragment. Ce fut là une tâche longue, fatigante, pour laquelle je me servis surtout de l'ongle du pouce, et que je menai à bien grâce à des manœuvres prudentes, prolongées, de grattage, etc. De cette façon, j'enlevai tous les tissus malades, et mis à découvert les fascias qui présentaient une surface absolument lisse. Je m'appliquai, ainsi, à ne laisser aucune trace, aucun filament de tissu dégénéré dans la région avoisinante. L'hémorrhagie fut très faible. Quant au traitement consécutif, il consista dans la réalisation d'une absolue

propreté, dans l'application sur la plaie d'une petite quantité d'iodoforme et d'un pansement avec de la gaze ordinaire. La cicatrisation complète, que dans les derniers moments on hâta par quelques attouchements avec le nitrate d'argent, fut obtenue en vingt-quatre jours. Plus tard, on apercevait au niveau du point où s'insérait primitivement la tumeur, une cicatrice petite, atrophique et plissée.

La santé de la femme s'améliora d'une façon très manifeste. Elle reprit des forces et du courage, et regagna 5 livres comparativement à ce qu'elle pesait avant l'opération ; elle ne pesait qu'une livre en plus au temps où elle avait atteint le poids le plus élevé. En octobre, je commençai le traitement par les injections sous-cutanées de liqueur de Fowler, traitement que j'avais désiré mettre en pratique dès le mois de juillet. Durant une période de deux mois, la femme reçut des injections dont les doses au début étaient de sept gouttes et à la fin de dix. Dans l'intervalle, elle fit un abcès. Les injections, pratiquées avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses, étaient faites à la cuisse, et le plus près possible de la masse volumineuse ganglionnaire située dans l'aine gauche. Par suite de préférences manifestées par la malade, l'arsenic fut ensuite administré par la bouche, et comme, au bout d'un certain temps, il détermina un certain nombre de malaises, l'emploi du médicament fut suspendu. Le résultat de ce traitement arsenical, de trois mois, fut le retrait de la tumeur, qui devint manifestement plus mobile et plus nettement lobulée à sa face supérieure.

En décembre 1887, la malade accusa une sensation de refroidissement au niveau du talon gauche ; en juin 1888, son appétit commença à décliner. A cette époque, elle éprouva de l'engourdissement dans la jambe gauche et dans le bras correspondant, troubles de la sensibilité auxquels s'ajouta un certain degré d'impotence musculaire. En avril, la pupille droite devint le siège d'une dilatation persistante et l'on constata une hémianesthésie droite de la face. Les phénomènes paralytiques et les troubles de la sensibilité persistèrent, le marasme survint, et la malade succomba le 26 juillet 1888, treize mois environ après la dernière opération, et trois ans après l'apparition du néoplasme primitif. Durant les derniers six mois de sa vie, elle reçut, dans une ville éloignée, les soins d'un autre médecin.

OBSERVATION II (GÖTH)

La malade, dont l'âge n'est pas indiqué, a été vue pour la première fois en février. Elle a toujours joui d'une bonne santé et n'a pas eu d'enfants. Il y a deux ans, elle constata le développement, au niveau de la vulve, d'une tumeur qui ne causait ni gêne ni souffrances. Göth constata une tumeur arrondie, à surface régulière, grosse comme le poing, de coloration bleu noir, non douloureuse à la pression, mais ayant une tendance à saigner, et le siège, à sa surface, d'ulcérations multiples, produites par la chute de l'épithélium. Un examen attentif permit de reconnaître que la masse totale était constituée par deux tumeurs, la supérieure plus grande, et l'inférieure plus petite, qui pendaient à côté l'une de l'autre et paraissaient ne former qu'une seule masse, quand la femme était couchée. La supérieure, développée aux dépens de la portion supérieure de la petite lèvre gauche, s'étendait au-dessus du prépuce du clitoris et au-dessous de la petite lèvre droite, sur un certain trajet; ses dimensions étaient : longueur 7 centim., largeur 5 centim., épaisseur 2 centim. 1/2. La nodosité plus petite paraissait émaner de la portion inférieure de la petite lèvre gauche. En arrière, elle se prolongeait jusqu'au bord postérieur de la vulve où elle se terminait par une série de digitations. Les deux tumeurs étaient traversées par des fissures superficielles, auxquelles elles devaient quelques inégalités de surface et un aspect lobulé. Elles comprimaient, écartaient l'urèthre de son axe normal, et obstruaient l'orifice vaginal. Il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire, et la malade paraissait être dans d'excellentes conditions.

Opération après anesthésie chloroformique. La masse supérieure, ayant été fortement attirée en haut et en avant, fut attaquée par transfixion avec un bistouri à pointe aiguë, et excisée. Quant à la masse inférieure, elle fut enlevée après incision profonde, prolongée jusque dans la paroi postérieure du vagin. On s'appliqua à ne laisser aucune trace d'éléments de tissu douteux. Enfin, grâce à des précautions antiseptiques minutieuses, une cicatrisation parfaite se fit en quatre semaines. Göth signale les particularités suivantes : a) l'évolution relativement bénigne du néoplasme ; b) l'absence d'infiltration des ganglions; c) l'absence de récidive, cinq mois après l'extirpation.

OBSERVATION III (TERRILLON) (1)

OBSERVATION IV (MULLER)

Ce cas, dans lequel l'âge de la malade n'est pas noté, et où les détails cliniques font en grande partie défaut, a été extrait du journal de Martin (Berlin), après sa mort, par son assistant Müller. Le chirurgien avait enlevé une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, qui comprenait le clitoris. La femme était dans un état de faiblesse trop grande pour qu'on se fût risqué à extirper les ganglions inguinaux engorgés. Elle mourut douze jours après l'opération. A l'autopsie, on trouva des sarcomes mélaniques dans le cerveau, les poumons, le péricarde, le foie, la rate, les reins, le cul-de-sac rétro-utérin, la vessie, les ligaments ronds, l'estomac, le jéjunum, la glande thyroïde, la trachée, les premières bronches, les ganglions rénaux, mésentériques, et inguinaux. Il n'est pas certain que l'affection ait débuté sur le clitoris. Mais il semble que le chirurgien ait dans ce cas obéi au vieil adage « *mieux vaut tard que jamais* ».

(*A suivre.*)

INTOXICATION MORTELLE PAR LE SUBLIMÉ

Par **H. Legrand**,
Interne des hôpitaux de Paris, aide préparateur d'histologie à la Faculté.

Le sublimé a fait ses preuves en chirurgie et en obstétrique, et le nombre des femmes qui lui doivent la vie se déduirait facilement de la comparaison des anciennes statistiques de nos Maternités avec les plus récentes.

Mais le précieux antiseptique peut causer des accidents terribles, si son usage n'est pas réglementé et surveillé de la façon la plus continue et la plus scrupuleuse.

L'observation qui suit, est la relation d'un cas malheureux

(1) Vid. in *Ann. de gynec. et d'obst.*, juillet 1886, p. 1, où le lecteur trouvera *in extenso* le travail de M. Terrillon.

d'hydrargyrisme aigu, mortel, survenu sous nos yeux à la suite de deux injections intra-utérines de sublimé à un pour deux mille (liqueur de Van Swiéten dédoublée). Il y a peu d'années, notre observation aurait eu plus d'importance, et le lecteur pourra la comparer aux faits déjà mentionnés par Stadtfeld (1), Doléris et Butte (2), Mangin (3), G. Braun (4), par notre ami Berthod (5), par Virchow (6), etc., etc., pour ne citer que les cas les plus récents, observés en obstétrique et terminés par la mort.

Sur le conseil de notre excellent maître, M. le Dr Champetier de Ribes, nous publions cette observation, parce qu'elle est de celles qu'on ne doit pas passer sous silence, précisément à cause de l'intérêt *capital* qu'elle renferme.

Bien caractérisée au point de vue clinique, elle nous a permis d'étudier en détail les lésions visibles à l'autopsie, et les lésions microscopiques de l'hydrargyrisme aigu.

Une analyse chimique (7) des reins et du foie la complète.

Cette observation nous permet enfin de présenter quelques réflexions sur le mécanisme probable de l'intoxication dans ce cas, et les conclusions utiles qui en sont la conséquence.

Obs. — Avortement gémellaire. — Rétention du placenta. — Deux injections intra-utérines, avec la solution de sublimé à 1 pour 2000. — Hydrargyrisme aigu. — Mort. — Autopsie. — Examen histologique (8).

Ernestine Dem..., 22 ans, infirmière, entre dans le service d'accouchements de la Charité (M. le Dr Budin suppléé à cette épo-

(1) STADTFELD. In mémoire de Doléris et Butte.

(2) DOLÉRIS et BUTTE. *Nouv. arch. d'obst.*, 1886.

(3) MANGIN. *Nouv. arch. d'obst.*, 1887.

(4) G. BRAUN. Wiener med. Woch., 1886.

(5) BERTHOD. *Gaz. méd. Paris*, 1887.

(6) WIRCHOW, Berlin. Klin., Woch., 1888.

(7) Nous adressons nos remerciements à nos amis, L. Winter et Viossat, ancien interne et interne en pharmacie, qui ont bien voulu pratiquer ces analyses au laboratoire de M. le professeur Hayem.

(8) Les pièces et préparations anatomo-pathologiques ont été présentées à

que par M. le Dr Champetier de Ribes) dans la nuit du 24 au 25 décembre 1888.

Pas d'antécédents héréditaires ou de maladie antérieure ayant pu vraisemblablement déterminer de lésions prédisposantes (néphrite, entérite, etc.).

Enceinte une première fois en 1885, elle conduisit à terme une grossesse normale. Réglée pour la dernière fois en août 1888, la malade a eu pendant les premiers jours d'octobre une métrorrhagie abondante. La grossesse actuelle serait postérieure à cet accident.

Le 17 novembre elle est entrée dans un service de médecine et s'est laissée soigner pour une métrite, en dissimulant les signes subjectifs de grossesse qu'elle éprouvait. A deux reprises elle a perdu du sang en notable quantité : la métrorrhagie n'a cédé la seconde fois qu'aux potions d'ergotine, à la glace sur le ventre et aux injections très chaudes.

Les choses en étaient là quand le 24 décembre, en pleine recrudescence des douleurs de reins et de l'hémorrhagie, elle expulsa, vers le milieu de la nuit, un fœtus pesant 70 gr. et long de 18 centim. La délivrance fut tentée par la méthode des tractions, nous vîmes plus tard que le cordon avait été rompu à son insertion placentaire; mais tout l'arrière-faix restait dans l'utérus, l'hémorrhagie persistait. C'est dans cet état que la malade fut transportée dans le service d'accouchement, où l'écoulement de sang s'arrêta spontanément.

25 décembre, 1 heure du matin. Expulsion de quelques caillots. Pas de frissons, pas de fièvre, température 37°. La malade est pâle, épuisée, anémiée. Le toucher fait sentir quelques caillots dans le vagin; un col volumineux et entr'ouvert largement. Rien ne flotte dans la cavité utérine. L'utérus s'élève à égale distance de l'ombilic et du pubis; sa forme est globuleuse, sa consistance ferme. On fait une injection vaginale avec deux litres de solution de sublimé à 1 pour 2000. La malade ne pouvant uriner spontanément est sondée dans la matinée ; l'urine est claire et ne contient pas d'albumine ainsi qu'aurait pu le faire croire sont teint

---

la Société anatomique, le 26 avril 1889 : une erreur de composition a fait mettre « solution au 2/1000 » dans le titre de notre observation publiée dans les bulletins, au lieu de solution au 1/2000.

pâle et son visage d'apparence infiltrée. Les malléoles n'ont pas d'œdème. M. Champetier de Ribes examine la malade vers 10 heures du matin, constate que les choses sont dans le même état que ci-dessus; comme la malade venait d'un service de médecine, il ordonne trois injections intra-utérines dans le courant de la journée, avec la solution du sublimé à 1 pour 2000; des injections vaginales fréquentes alternativement avec le sublimé, l'eau phéniquée et l'acide borique, potion de Todd, thé. La malade est placée dans une chambre d'isolement.

2 heures de l'après-midi. On fait une première *injection intra-utérine avec dix litres de solution de sublimé à* 1 *pour* 2000, au moyen de la sonde intra-utérine en celluloïd de M. Budin et en tenant le récipient (bock) à bout de bras, c'est-à-dire à environ 80 centim. ou 1 m. au-dessus du plan du lit. *Immédiatement après on fait passer encore quatre litres de solution boriquée à* 2 *pour* 100. Peu de temps après surviennent des contractions régulièrement espacées, douloureuses.

5 heures. *Deuxième injection intra-utérine avec les mêmes quantités des mêmes solutions.* On constate en introduisant la sonde que le col est plus dilaté, l'orifice interne plus largement ouvert que l'externe. Une portion de l'œuf flotte dans la cavité utérine. Cinq minutes environ après le début de l'injection, la malade profère des plaintes : elle dit éprouver de violentes douleurs dans le bas-ventre. On termine l'injection, l'écoulement se faisant toujours bien ; mais peu d'instants après, la malade est prise brusquement de nausées bientôt suivies de vomissements alimentaires.

Minuit. Miction spontanée. Aspect et quantité normales. Le col est plus largement ouvert; en partie effacé; partout où le doigt peut atteindre dans la cavité utérine, on arrive sur une masse spongieuse, de consistance placentaire. Les contractions sont de plus en plus fortes ; dans l'intervalle, le ventre n'est pas douloureux.

Le 26. Dès 3 heures du matin. La femme paraissant mal, on me prévient ; je constate un léger écoulement sanguin et par le toucher je reconnais entre la masse spongieuse et le col un fœtus engagé par le siège. Je l'extrais sans difficulté ; il est aplati par pression, non macéré, de même volume que le premier. *Je fais séance tenante une injection intra-utérine avec quatre litres d'eau boriquée à* 2 *pour* 100.

Les injections vaginales de la veille et de la nuit ont été faites toutes les 2 heures alternativement avec du sublimé à 1 pour 2000, de l'eau boriquée à 2 pour 100, et de l'eau phéniquée à 1 pour 100.

A 5 heures 1/2 perte peu abondante.

A la visite on constate que la malade a de la stomatite. Dans la journée un peu de diarrhée ; mictions spontanées, urine d'aspect normal. Quelques nausées, pas de fièvre (37°,5).

A partir de ce moment on n'a plus fait aucune injection intra-utérine ou vaginale avec la solution de sublimé.

11 heures du soir. Le placenta unique pour les deux embryons est expulsé spontanément; pas de fétidité. Il reste dans l'utérus des fragments de la caduque et du chorion. Injection intra-utérine avec de l'eau bouillie phéniquée à 1 pour 100, et de l'eau boriquée à 2 0/0.

Le 27. La température est normale. La malade se plaint de coliques persistantes. La bouche est en mauvais état. Gingivite, salivation abondante, haleine fétide; diarrhée presque continuelle. On n'a pas recueilli d'urine de la journée; dans la soirée la sonde est introduite à 2 reprises différentes; *anurie*.

Le 28. L'anurie persiste depuis 24 heures ; diarrhée aqueuse très abondante. Température entre 37° et 37°,5. La langue est enduite d'une couleur grisâtre, épaisse ; sa face inférieure, qui la veille présentait quelques petites efflorescences rouges, est dépouillée de façon à figurer deux larges ulcérations grisâtres, gencives rouges; salivation extrêmement abondante; horrible fétidité de l'haleine. Régime lacté absolu; eau albumineuse ; grands lavements d'eau de son.

Les 29, 30 et 31. Diarrhée fétide, muqueuse, *frai de grenouille*, avec ténesme rectal très marqué, simulant une violente dysenterie. Les selles contiennent des stries sanguinolentes, de petits caillots de sang, et des membranes blanchâtres ou teintées en jaune sale. La malade a dû uriner un peu. Exulcération de la voûte palatine.

Gargarismes et grands lavements.

1er janvier. La malade se trouve mieux; l'état local de la bouche paraît meilleur. Le visage est pâle et bouffi; les jambes un peu œdémateuses ; hyperesthésie des jambes, surtout à droite. Le soir, *hypothermie*, 36°,4 à 4 heures ; à 7 heures 36° ; délire tranquille.

La respiration est rapide, très profonde, avec effort des mus-

cles respirateurs accessoires. A l'auscultation on entend partout des sibilances et des bulles humides sous-crépitantes. Respiration un peu soufflante à la base gauche. Bruits du cœur sourds, précipités, la main appliquée sur la poitrine ne perçoit qu'une faible ondulation. Pouls extrêmement rapide.

10 heures du soir. — Refroidissement périphérique très sensible à la main. La malade est inerte dans le décubitus dorsal. L'intelligence persiste.

Mort à 7 heures du matin.

AUTOPSIE, 24 heures après la mort.

Tube digestif. — La bouche présente un certain nombre d'ulcérations à la voûte palatine, à la face inférieure de la langue et aux gencives. L'œsophage, l'estomac et l'intestin grêle nous ont paru indemnes de lésions. Tout le gros intestin est couvert d'eschares et d'ulcérations. Elles apparaissent dans le cæcum ; deviennent plus fréquentes et plus grandes dans le côlon ascendant ; diminuent un peu de nombre dans le côlon transverse ; augmentent de nouveau dans le côlon descendant, pour acquérir leur maximum de fréquence et de grandeur dans le rectum jusqu'au voisinage de l'anus.

D'une façon générale, ces lésions occupent les points saillants, les plis transversaux de la muqueuse intestinale : tantôt elles sont isolées et arrondies, le plus souvent elles affectent la forme d'un îlot allongé transversalement ; elles ne font pas le tour complet de l'intestin. Vers la partie inférieure du rectum, occupant toujours la partie saillante des plis de la muqueuse, elles deviennent longitudinales comme les plis du rectum. Par places on voit des bandes, dont la direction est respectivement perpendiculaire, de sorte que l'aspect est pour ainsi dire quadrillé. Les eschares sont d'un gris jaunâtre, ayant l'apparence d'une fausse membrane, dures au toucher ; elles adhèrent encore assez fortement au tissu sous-jacent et à la périphérie de quelques-unes on voit se creuser un sillon rougeâtre d'élimination.

Lorsque l'eschare est tombée, on trouve une ulcération intéressant la muqueuse ; le contour en est ovalaire ou arrondi, les bords un peu épais, non décollés, le fond grisâtre ou rosé et bourgeonnant.

Après l'intestin, *les reins* nous ont paru le plus malades.

Le rein droit pesait 210 gr. ; le gauche 200 gr.

Ils sont volumineux, pâles, blancs, avec des étoiles de Verheyen très marquées. Leur consistance au toucher et à la coupe est molle. La capsule s'enlève très bien. La substance corticale est d'une couleur saumon, sur laquelle les pyramides se détachent en rouge brique foncé. A la coupe, on voit suinter une sérosité rougeâtre comme s'il y avait une infiltration œdémateuse du viscère.

Le rein droit paraissait un peu plus malade.

La *vessie* revenue sur elle-même, saine, ne contenait pas de liquide.

L'*utérus* et les organes génitaux présentaient un aspect normal; leur surface péritonéale était absolument saine, sans vascularisation, sans exsudat et sans adhérences anormales pouvant faire supposer une irritation même légère. La muqueuse utérine était recouverte de légers détritus grisâtres disparaissant rapidement sous un filet d'eau, et sous lesquels l'aspect rosé normal était visible autour de la surface d'insertion placentaire demeurant un peu rugueuse. Trompes normales.

Le *pancréas* et la *parotide* avaient à l'œil nu l'aspect ordinaire.

Le *foie* pesant 1460 gr. était d'aspect normal, pâle.

La *rate*, 160 gr. idem.

Le *cœur*, 250 gr. un peu chargé de graisse.

Les *poumons* présentaient seulement un peu de bronchite et d'infiltration œdémateuse des bases.

Examen chimique. — Notre ami Winter, ancien interne en pharmacie, préparateur de M. le professeur Hayem, a bien voulu examiner chimiquement l'un des reins et un morceau du foie. La présence du mercure a été constatée dans les reins seulement.

Nous nous sommes efforcé avec différents réactifs, et notamment l'acide sulfhydrique et le sulfhydrate d'ammoniaque, de localiser microchimiquement le mercure dans les viscères et les éléments anatomiques, comme nous l'avons fait récemment pour le plomb (1), nous n'avons dans ce cas obtenu aucun résultat.

Examen histologique. — Les fragments ont été reçus dans l'alcool, la liqueur de Müller, et durcis soit par la gomme et l'alcool, soit par l'alcool absolu.

Le *gros intestin* a été coupé en divers points, en particulier dans

(1) Un cas de saturnisme héréditaire. *Soc. biologie*, 1888.

les endroits où existaient les eschares d'apparence pseudo-membraneuse jaunâtre, perpendiculairement à leur surface.

1° Dans l'intervalle des ulcérations, tout est d'apparence normale ; les cellules épithéliales des glandes folliculeuses montrent cependant un état de tuméfaction qui les transforme presque toutes en cellules caliciformes gorgées de mucus clair que l'on retrouve dans la lumière de la glande ou à la surface des coupes, formant un coagulum qui renferme de nombreuses cellules cylindriques desquamées. Il s'agit ici d'une simple irritation catarrhale.

2° Au niveau des ulcérations, les lésions sont plus complexes. En examinant un certain nombre de coupes prises en différents points, on peut suivre pour ainsi dire pas à pas le processus :

La lésion débute par un gonflement de la sous-muqueuse ; gonflement qui peut arriver à doubler et à tripler son épaisseur normale. Il se fait une diapédèse ou une prolifération considérable de cellules rondes dans tous les espaces conjonctifs qui se trouvent bientôt dilatés, présentant une sorte d'état spongieux, comme *hydrotomisé*. Les faisceaux conjonctifs sont distendus, tiraillés en tous sens. A ce stade, ils se colorent encore en rose ; les leucocytes déposés dans les espaces se colorent en rouge par le carmin, en bleu par l'hématoxyline, ils sont fortement granuleux. Les cellules adipeuses, normales, sont aussi nombreuses que dans les autres points. Par places on trouve des vaisseaux remplis de globules rouges, et aussi de petites hémorrhagies interstitielles, vers la surface. La couche glanduleuse est encore intacte ou présente des traces d'irritation catarrhale. La couche musculeuse paraît saine et du reste conserve toujours le même aspect, même au-dessous des lésions les plus profondes.

3° A un stade un peu plus avancé, le gonflement de la sous-muqueuse est encore augmenté ; en examinant les coupes avec un faible grossissement, on trouve au milieu de ce tissu gonflé un réseau irrégulier d'aspect rameux, marbré, fortement coloré en rouge par le picro-carmin. A première vue on le prendrait pour un réseau de vaisseaux congestionnés ; mais avec un fort objectif on reconnaît qu'il s'agit d'un réseau formé par les cellules fixes plasmatiques unies par leurs prolongements devenus très apparents et présentant un aspect finement grenu. Ces éléments se colorent fortement en rouge par le carmin ; l'hématoxyline ne les colore

pas; la réaction de Weigert pour la fibrine les colore au contraire nettement. On ne voit pas les noyaux de ces cellules fixes dont la substance a été profondément modifiée. La couche glandulaire commence dès lors à être altérée. D'abord le fond des glandes puis toute leur paroi se colore plus fortement en rouge foncé par le carmin; en même temps la hauteur des glandes diminue progressivement, elles se fondent et disparaissent peu à peu.

4° L'ulcération est formée ; elle est limitée de tous côtés par des glandes en voie de disparition. Dans cet intervalle vient bomber la sous-muqueuse gonflée, dont les altérations ont encore augmenté. Dans les couches profondes, on trouve encore le réseau rouge foncé des cellules plasmatiques, avec des faisceaux fibrillaires colorés en rose et les leucocytes remplissant tous les espaces. Quelques cellules adipeuses persistent, mais elles se font rares. A mesure que l'on approche de la surface l'aspect change. Les faisceaux conjonctifs cessent de se colorer en rose; ils deviennent vitreux, brillants, de couleur ambrée. Le réseau rouge des cellules fixes n'est plus aussi apparent. Les leucocytes sont au contraire plus abondants que jamais et forment des amas et des nappes volumineuses.

Près de la surface libre, on ne trouve plus qu'une substance finement grenue ou fibrillaire d'aspect homogène à peine colorée; sillonnée encore çà et là par des travées brillantes, ambrées, reste des faisceaux conjonctifs mortifiés. Les leucocytes ne se colorent plus pour la plupart et leurs débris forment la matière grenue qui donne à ce tissu un aspect compact. Par places enfin la mortification paraît complète, le tissu ne se colore plus et l'eschare nécrosée est prête à tomber dans la cavité intestinale. Son aspect est grenu, filamenteux, et l'on y trouve çà et là des granulations foncées qui lui donnent son aspect jaunâtre et paraissent être du pigment biliaire ou hématique. Il n'y a pas de fibrine dans la constitution de ces eschares ayant l'apparence de fausses membranes.

Sur d'autres points on trouve un véritable processus d'élimination, caractérisé par un sillon, et une zone active de prolifération embryonnaire.

Ajoutons un détail que nous ont montré les préparations faites par la *méthode de Weigert pour colorer la fibrine;* l'eschare et le tissu exubérant des ulcérations sont infiltrés de nombreuses

bactéries ; on y trouve surtout un bacille ayant à peu près la forme du bacille de la tuberculose, mais notablement plus gros et plus facile à colorer. Cette constatation est à faire désespérer de la réalisation de l'antisepsie intestinale, au moins par le sublimé !

Reins. — Les fragments ont été placés dans l'acide osmique en solution à 1 pour 100, dans la liqueur de Müller et dans l'alcool. Les lésions doivent être étudiées au niveau de la substance corticale, au niveau de la base des pyramides, au niveau de leur sommet.

1° *Dans la substance corticale, les glomérules de Malpighi* sont en général diminués de volume, flétris, anémiés ; un espace clair les sépare de la capsule de Bowmann ; aucun exsudat ne remplit cet espace. Les noyaux du bouquet vasculaire sont plus nombreux qu'à l'état normal ; il existe un certain degré de glomérulite.

Les *tubes contournés* sont profondément altérés dans leur épithélium réduit à une mince bandelette accolée contre la paroi. Ces bases de cellules sont fusionnées ensemble, en une substance opaque, colorée en rouge brun par le picro-carminate, en brun foncé par l'acide osmique ; ici les noyaux sont absents, probablement éliminés : ailleurs ils sont au contraire volumineux, saillants et presque libres dans la cavité du tube, peu colorés. En beaucoup de points ces restes d'épithélium sont détachés de la paroi, flottants dans la cavité, ou même totalement absents ; la lumière des tubuli se trouve donc souvent largement béante. en d'autres points on la trouve obstruée par une substance amorphe, transparente, non réfringente, colorée en gris clair par l'acide osmique, en rose tendre par le carmin. De place en place, on voit des boules hyalines tranchant par leur aspect clair, incolore, au milieu de cette substance, Les capillaires situés entre les tubulis ne sont pas apparents. Ils sont aplatis, vides de globules ou n'en renferment que très peu.

2° *Au niveau de la base des pyramides de Malpighi*, l'attention est attirée par les pyramides de Ferrein qui renferment presque toutes parmi leurs autres tubes, deux ou trois conduits dilatés dépourvus d'épithélium de revêtement, triples ou quadruples de volume, et remplis de boules volumineuses d'aspect tout particulier. Ces boules sont tassées les unes contre les autres, arrondies, à contour net, nullement fusionnées entre elles, aucune substance

ne les enveloppe comme d'une gangue commune. Sans coloration, elles sont ambrées, brillantes, vitreuses. Elles se colorent facilement et d'une façon homogène par les divers réactifs, de sorte que l'attention est attirée rapidement sur elles : l'acide osmique les colore en brun foncé, le picro-carmin en orangé brillant, le carmin d'alun en rouge violacé. La réaction de Weigert pour la fibrine (action successive du violet de méthyle, de l'iode, de l'huile d'aniline et xylol) ne les colore pas. L'hématoxyline les colore fortement. Elles ne sont dissoutes ni par l'acide acétique ni par l'éther. La nature de ces boules nous échappe ; il est remarquable toutefois qu'elles affectent les réactions de coloration de la substance des noyaux. Ces tubes à boules vitreuses ne se rencontrent que dans les pyramides de Ferrein et la partie avoisinante de la base des pyramides.

3° *Dans la substance des pyramides*, on remarque bien vite que presque tous les tubes ont une paroi peu altérée, mais sont remplis complètement par des cylindres d'aspect *différent*. Les uns sont grenus, brunâtres, ils ne se colorent pas par le carmin ; le fort grossissement fait reconnaître qu'il s'agit de globules du sang plus ou moins altérés. Ce sont les plus nombreux ; plusieurs gros tubes de Bellini se montrent complètement obstrués par ces cylindres cruoriques. D'autres tubes sont remplis par des grains réfringents, ayant un peu l'aspect des boules vitreuses, mais n'en présentant pas les réactions de coloration. D'autres enfin contiennent des cylindres colloïdes repliés sur eux-mêmes, ayant un aspect onduleux dans l'intérieur du tube. Aucun tube ne contenait de substances calcaires regardées par Saenger comme caractéristiques des néphrites mercurielles. Les vaisseaux de la pyramide sont gorgés de sang et en beaucoup d'endroits les globules sont manifestement épanchés dans les interstices du parenchyme.

Faisons remarquer enfin qu'il n'existe dans ces reins aucune prolifération interstitielle, sauf peut-être au niveau des glomérules ; et que, de plus, nulle part l'acide osmique n'a déterminé de coloration noire opaque, indice de dégénération graisseuse.

Foie. — Les coupes ont porté sur des fragments provenant de parties centrales du lobe droit, et du bord tranchant du lobe gauche. L'aspect de ces deux portions est très différent.

Sur les coupes provenant de la masse du viscère, l'aspect est à peu près normal ; pas de prolifération interstitielle ; pas de con-

gestion des vaisseaux. Les noyaux des cellules hépatiques ont leur volume normal, se colorant bien, rendus cependant moins apparents que d'ordinaire par un aspect un peu trouble du protoplasma.

Les coupes ayant porté sur le bord tranchant du lobe gauche ont tout d'abord un aspect moins foncé, le protoplasma des cellules est moins opaque. Avec un grossissement un peu fort (4, Verick) on est bientôt frappé par l'aspect particulier des noyaux des cellules hépatiques. Ces noyaux paraissent beaucoup plus abondants, ils sont très apparents, augmentés de volume, tuméfiés, et par points semblent se toucher; de plus au lieu d'être colorés, ils sont clairs, presque réfrigents; on les prendrait pour des globules graisseux, si avec un peu d'attention on ne remarquait qu'ils sont limités par un contour net, coloré, et renfermant au centre de chacun d'eux une matière chromatique affectant des formes différentes. On remarque, avec le même grossissement, que l'abondance de ces noyaux est variable dans les différentes régions de la coupe; il en existe çà et là des *nids*, et en examinant un certain nombre de points de la préparation, on voit qu'il y a dans la répartition de ces nids une véritable ébauche de *systématisation*. Le voisinage des veines portes renferme le plus grand nombre de ces noyaux; au voisinage même de la veine, ils deviennent particulièrement abondants. Par places il n'y a presque plus de protoplasma pour indiquer la direction des trabécules hépatiques; partout, on ne voit que des petits cercles clairs, à contour net. Il résulte de cette disposition que les nids occupent le centre du lobule porto-biliaire, que plusieurs de ces nids peuvent se voir à la périphérie du lobule sus-hépatique, sur lequel ils empiètent chacun pour sa part : sans limite bien nette; de sorte que si l'on considère maintenant le lobule sus-hépatique on le voit entouré d'une zone périphérique de cellules à noyaux tuméfiés. Ajoutons que cette disposition doit être cherchée sur certains lobules dont l'orientation a été favorable à la coupe, et que, dans beaucoup d'endroits, la *tuméfaction claire des noyaux* a gagné le centre même du lobule et le voisinage de la veine sus-hépatique, de sorte que la systématisation susdite n'est plus aussi apparente. Les voies biliaires et leur voisinage ne présentent rien de spécial.

Les forts grossissements permettent de mieux étudier les noyaux atteints de *tuméfaction claire*. Toutes les colorations :

picro-carmin, carmin d'alun, hématoxyline, safranine ont réussi. Ces noyaux peuvent se présenter avec quelques différences d'aspect dénotant les divers stades d'une évolution aboutissant à la *division par karyokinèse*, mais nous devons dire que pour le plus grand nombre des noyaux le processus est arrêté aux premiers degrés de l'évolution, soit que la division indirecte se prépare, soit que les cellules aient été déjà divisées ainsi que le fait penser le nombre considérable des noyaux. Il faut chercher çà et là les véritables figures karyokinétiques. Les noyaux sont d'abord arrondis, doublés ou triplés de volume. Leur substance est claire, incolore, presque réfringente et tranche sur le protoplasma granuleux, dont il semble que le noyau cherche à se dégager en se plaçant à la périphérie de la cellule. Le contour du noyau est net, limité par une ligne pure, fine et délicatement colorée. Au centre se voit la substance chromatique nette, fortement colorée et présentant des formes différentes : ce sont tantôt des granulations réunies en amas, tantôt un filament commençant à se dérouler, formant deux petites masses unies par un boyau. Telles sont les figures observées dans presque tous les noyaux. Sur d'autres plus volumineux encore devenus elliptiques, on voit la substance chromatique refoulée près des extrémités du grand axe, et affectant la forme de deux parenthèses à concavité tournée vers le centre de la figure.

On peut trouver quelques noyaux en pleine division avec l'étranglement de leur substance ; d'autres enfin viennent de se diviser et restent encore accolés par des surfaces aplaties. Au centre de chacun s'est reproduit le peloton de substance chromatique. Les formes les plus volumineuses sont les noyaux elliptiques dans lesquels la substance chromatique est refoulée aux deux extrémités ; ils atteignent jusqu'à 18 et 20 μ. dans leur plus grand diamètre. Ajoutons que l'action de l'acide osmique sur ces coupes n'y a décelé aucune gouttelette graisseuse.

Pancréas. — Les coupes de pancréas nous ont montré une glande normale et parfaitement conservée. Les canalicules excréteurs paraissent seulement obstrués par des cellules desquamées, mais tous les acini et les cellules sont visibles et cette conservation même des éléments d'un pancréas recueilli au bout de 24 heures constitue un fait intéressant, car on sait que la glande se digère habituellement elle-même au bout de très peu de temps. Sous l'in-

fluence de l'intoxication mercurielle n'y a-t-il pas eu destruction ou arrêt de production des ferments pancréatiques ?

Parotide. — La parotide présente une altération parenchymateuse profonde. Les coupes sont opaques, fortement colorées en rouge par le picro-carmin. Par places seulement on trouve un groupe d'acini présentant l'aspect clair normal et des cellules intactes.

Avec un fort grossissement on voit que la plupart des acini sont flétris et renferment un amas granuleux dans lequel on ne reconnaît plus que difficilement le contour des cellules et les noyaux.

Réflexions. — Au point de vue clinique, cette observation est absolument classique, et les symptômes d'anurie, de diarrhée dysentériforme sont tout à fait en rapport avec les lésions de néphrite aiguë, avec les ulcérations multiples et profondes que nous avons constatées dans tout le gros intestin.

Dans la note que nous avons remise à la Société anatomique, nous avons attiré l'attention sur le processus de formation des ulcérations intestinales, sur les lésions d'irritation parenchymateuse constatées dans les reins, le foie, la parotide ; nous n'y reviendrons pas ici.

Il nous reste donc à présenter quelques réflexions sur le mécanisme probable de l'intoxication dans ce cas, en profitant des recherches et des mémoires antérieurement publiés sur la matière par des auteurs nombreux et des plus autorisés.

Notre malade ne paraissait avoir aucune lésion rénale la prédisposant à l'intoxication ; mais on se souvient qu'elle avait eu de nombreuses hémorrhagies avant l'avortement. La pâleur de son teint à son entrée dans le service était l'indice d'une anémie profonde. Plusieurs auteurs et notamment G. Braun ont insisté sur la fréquence et l'intensité des accidents mercuriels chez les femmes épuisées par des hémorrhagies.

Voyons maintenant comment une dose toxique de sublimé a pu être absorbée au cours des deux injections intra-utérines, que nous avions immédiatement fait suivre d'un lavage à l'eau boriquée, afin d'empêcher, croyions-nous, toute résorption !

Nous n'insisterons pas sur le mécanisme si controversé du passage direct du liquide dans le péritoine, par les trompes. Il ne paraît guère réalisable sur le vivant, à moins que les trompes ne soient malades ; dans notre cas, elles étaient saines.

Le fait de la rétention du délivre dans l'utérus, au moment des injections, mérite plus de considération. Le placenta s'est-il imprégné, à la manière de l'éponge, d'une quantité de liquide, résorbée plus tard ?

Le placenta commun aux deux embryons, et continuant à vivre après l'expulsion du premier, a-t-il pu, durant les injections, absorber par osmose une grande quantité de liquide ?

Il n'est pas nécessaire, croyons-nous, d'invoquer ces hypothèses, car dans plusieurs observations des mémoires cités plus haut, l'intoxication s'est produite avec ou sans rétention du placenta, lorsque la grossesse était simple, et souvent avec une rapidité si grande, qu'il y a eu certainement pénétration directe du sublimé dans la circulation.

Tel ce cas de Mangin (1) dans lequel une malade accusa le goût métallique moins de deux minutes après une injection qui n'avait duré qu'une minute ; trois heures après ses gencives étaient saignantes.

On connaît les expériences de Klemm, de Hourmann et Danyau sur la tension du sang dans les sinus utérins ; ces auteurs montrent que théoriquement tout liquide en contact avec l'orifice béant des veines utérines sous une pression supérieure à 3 cent. de mercure, c'est-à-dire à 40 cent. d'eau pourra passer dans la circulation.

Rappelons même l'observation de Cederscjiold (1875) citée par Mangin. Il s'agissait d'une secondipare accouchée récemment, qui ayant eu une hémorrhagie, reçut une injection intra-utérine de perchlorure de fer. Il y eut une syncope immédiate ; la mort survint quelques instants après, et à

(1) MANGIN. *Loc. cit.*

l'autopsie, on trouva du perchlorure de fer dans les veines du bassin, dans la veine cave et jusque dans le cœur droit. L'utérus était en involution incomplète et les vaisseaux étaient béants dans la cavité utérine.

Il nous paraît infiniment probable d'après ces faits (et l'on en pourrait citer d'autres), d'après ces considérations physiologiques et les conclusions des mémoires cités plus haut, que dans notre cas, l'intoxication s'est produite par la pénétration directe du sublimé dans la circulation. La rétention du placenta dans un utérus peu développé, ayant une énergie d'involution moins grande qu'à une époque plus avancée de la grossesse, a favorisé vraisemblablement la béance des sinus utérins. Un léger excès de pression a pu faire en très peu de temps pénétrer une dose mortelle de poison.

La sonde de mon maître M. Budin ne saurait du reste être incriminée, car il est de toute évidence qu'avec n'importe qu'elle sonde ou canule connue, si le col utérin vient à se contracter, tout ou partie du placenta flottant dans l'utérus, il pourra toujours arriver qu'un lambeau de ce tissu spongieux vienne s'appliquer dans la rainure, entre les branches ou sur les yeux de sortie de l'instrument, à la manière d'un tampon d'étoupe.

A partir de cet instant, pour peu que le col se contracte, la pression se répartit sur toute la surface interne de l'utérus, conformément au principe de physique.

Les conclusions pratiques sont faciles à déduire ; Doléris et Butte, Mangin, Braun, etc., les ont tirées au grand complet et chacune est très importante.

Ne voulant pas les reproduire toutes, nous rappellerons les principales.

Le sublimé même en solution étendue, doit être employé pour les injections intra-utérines, avec circonspection. L'usage en est dangereux surtout lorsqu'il y a rétention d'un placenta abortif dans l'utérus incomplètement développé.

Dans tous les cas, il nous paraît prudent de ne faire

usage que de pressions faibles, exactement déterminées, et ne dépassant jamais une colonne de 40 cent. d'eau. Enfin le libre écoulement du liquide doit être surveillé avec soin.

SALPINGO-OVARITE (1)

TRENTE-DEUX CAS DE SALPINGO-OVARITE TRAITÉS PAR LA LAPAROTOMIE

Par le Dr **Terrillon**, professeur agrégé, chirurgien de la Salpêtrière.

D. *Kystes de la trompe ou hydrosalpingites.* — Chez deux de mes malades j'ai trouvé des trompes oblitérées, à parois amincies, remplies de liquide transparent et citrin. Autour d'elles existaient des adhérences multiples qui les unissaient aux parois du bassin; l'ovaire était plus ou moins atrophié et son volume n'excédait pas celui du doigt.

Il s'agissait de vieilles salpingites, donnant lieu depuis plusieurs années, à des douleurs vives et tellement violentes, que la dernière malade opérée à la Salpêtrière, le 11 décembre 1888, me suppliait depuis quelques mois de la débarrasser de cette infirmité; j'hésitais à l'opérer à cause de l'absence d'autre symptômes graves. Actuellement, elle est guérie et ne souffre plus (obs. XII).

Ces trompes oblitérées et transformées en kystes séreux, mais ayant conservé la forme allongée, bosselée et irrégulière, qu'on a comparée à une saucisse, paraissent appartenir à un processus chronique déjà ancien, car le début de la maladie remontait toujours à plusieurs années.

Je serais assez disposé à penser qu'il s'agit là d'un liquide primitivement puriforme, dans une salpingite muco-purulente; liquide qui se serait transformé en sérosité.

Obs. XII. — *Hydrosalpingite ancienne.*

Mme L..., âgée de 41 ans, d'une bonne constitution, a été réglée à l'âge de 14 ans. Elle a eu trois grossesses à terme, mais la der-

(1) Voir *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1889.

nière, qui date de 11 ans, fut pénible et suivie de quelques accidents.

Depuis cette époque cette malade souffre dans le bas-ventre, ses règles sont prolongées, douloureuses, très abondantes et deviennent même de véritables métrorrhagies.

Pendant quelque temps elle fut soulagée par le port d'un pessaire, mais bientôt celui-ci fut insuffisant. Les douleurs augmentent depuis un an et la malade désire être opérée. L'utérus est mobile, le col gros et entr'ouvert; on trouve derrière lui à gauche une masse douloureuse qui lui est accolée.

A droite, en déprimant le cul-de-sac, on rencontre une lésion semblable.

La constipation est opiniâtre, car la paroi rectale antérieure est fortement comprimée.

Opération, 11 décembre 1888.

J'enlève deux trompes du volume du doigt, kystiques, transparentes, et adhérentes à deux ovaires fibreux, cicatriciels. Le gauche est très atrophié. On voit à la place du pavillon de la trompe une cicatrice triangulaire, les franges ont disparu.

La malade est actuellement guérie.

E. *Salpingite avec pelvi-péritonite.* — Je viens de passer en revue les différentes opérations que j'ai pratiquées pour des salpingites, mais j'insiste sur la remarque suivante : toujours ces ablations ont été faites dans une période de calme, les malades étant en ce moment dans un état de bonne santé relative. *en dehors des accidents aigus.* Cependant il existe une autre condition spéciale, dans laquelle l'intervention est plus rare et ne s'impose pas aussi nettement, au moins d'après les préceptes anciennement adoptés. Je veux parler de l'intervention chirurgicale pendant la période aiguë de l'inflammation péritonéale ou pendant la *pelvi-péritonite* aiguë qui accompagne le début d'une salpingite. Cette inflammation constitue un de ces accidents si fréquents et si souvent renouvelés de cette maladie.

Il s'agit de savoir, en un mot, si dans le cas de pelvipéritonite aiguë, plus ou moins étendue et plus ou moins grave,

on doit ouvrir l'abdomen, enlever les organes malades, et traiter chirurgicalement la péritonite.

Je ne vous cacherai pas que cette idée me semble très rationnelle, que rien ne me semble plus logique que d'arrêter non seulement l'inflammation, mais aussi de supprimer la cause constante des poussées péritonéales, quelquefois mortelles ou qui laissent toujours après elles les traces les plus graves.

Je crois que cette intervention hâtive, urgente, non seulement est indiquée, mais qu'elle doit être entreprise dans un grand nombre de cas. Mon expérience à ce propos n'est pas très grande ; cependant je vais vous rapporter trois faits qui me sont personnels et qui prouvent combien cette interven-vention peut être utile et combien elle mérite d'être discutée. Des faits semblables ont été publiés à l'étranger et ont donné déjà d'excellents résultats.

Obs. XIII.

Au début de l'année 1888, je fus appelé en consultation par mon ami le Dr Thomas auprès d'une jeune femme âgée de 30 ans.

Après une fausse couche datant de quatre ans, elle avait eu des accidents. Ceux-ci avaient provoqué, six mois ensuite, une première poussée de pelvi-péritonite.

Depuis cette première attaque, la malade éprouvait tous les symptômes ordinaires de la salpingite double, mais sans grands désordres, lorsqu'elle fut prise brusquement, six jours avant ma visite, d'une poussée violente de péritonite, localisée d'abord au bassin mais paraissant vouloir se généraliser.

L'état était grave, le ventre dur et ballonné dans toute la région sous-ombilicale, le faciès altéré ; des vomissements constants, et le pouls filiforme.

Le médecin très inquiet me demanda mon avis.

Je n'hésitai pas, en voyant la gravité de ces symptômes, à proposer d'agir le plus tôt possible, et comme nous étions à une heure avancée de la soirée, je remis au lendemain une nouvelle visite auprès de la malade et les apprêts d'une intervention.

Le lendemain, en arrivant près d'elle, je trouvai une amélioration faible, mais assez nette dans les symptômes et je renonçai à une intervention immédiate.

Ceci se passait le 25 mai 1888. La pelvi-péritonite diminua lentement, l'abdomen reprit sa souplesse, mais la malade resta maladive, languissante et souffrait cruellement. Aussi, je lui proposai l'opération radicale qui fut pratiquée le 7 juillet 1888.

Je trouvai les traces de la pelvipéritonite étendue qui avait eu lieu quelques semaines auparavant. Il existait des adhérences à l'épiploon et des adhérences entre les anses intestinales que j'eus de la peine à séparer. Enfin, j'enlevai deux trompes et les deux ovaires très adhérents dans le fond du bassin.

Les trompes étaient oblitérées et remplies de muco-pus.

La malade est actuellement guérie, sauf que chez elle il y a persistance de pertes sanguines assez régulières, malgré l'ablation totale des annexes, absolument comme chez la malade qui a été signalée plus haut au début de ce mémoire.

La réflexion qui me frappe à propos de ce cas est la suivante : dans cette circonstance, j'aurais mieux fait d'agir activement et de faire une opération dans la période aiguë.

En même temps, j'aurais enlevé les parties malades et j'aurais aussi arrêté cette phlegmasie extensive du côté du péritoine. — Cela est tellement vrai que la preuve de ce résultat heureux m'est fournie par le cas suivant : Quelque mois après, j'eus l'occasion de pratiquer une laparotomie et d'opérer une double salpingite et avec succès, dans un cas de péritonite généralisée qui menaçait la vie de la malade à brève échéance.

Obs XIV

Le 20 octobre 1888, je fus appelé auprès d'une malade âgée de 35 ans, par M. le Dr Dreyfus. Cette femme avait eu, à l'âge de 27 ans, une fausse couche qui avait laissé chez elle des troubles du côté des trompes.

Depuis cette époque, elle avait éprouvé quatre attaques de pelvi-



péritonite grave ; mais celles-ci avaient cédé aux moyens médicaux ordinaires.

Cette fois l'attaque survenue brusquement et sans cause, remontait à 8 jours. Les phénomènes allaient en s'accentuant et la péritonite au lieu de se localiser, semblait augmenter progressivement. L'état général était très alarmant, le pouls filiforme et la malade très affaiblie.

Je pratiquai, avec l'assentiment du médecin et de la famille, une laparotomie médiane. L'épiploon enflammé et adhérent se présenta aussitôt ; je pus le détacher et le refouler. A ce moment je vis sortir une certaine quantité de liquide trouble et rougeâtre, qui était en partie contenu dans les aréoles filamenteuses que je déchirais avec les doigts et qui entouraient les anses intestinales.

Ce fut avec peine que je pénétrai dans le fond du bassin et trouvai une trompe gauche grosse comme un pouce, adhérente et recouverte de fausses membranes très saignantes. Elle fut enlevée avec peine. Celle du côté droit était au contraire aplatie, recouverte de tractus anciens et impossible à déchirer. Je la laissai en place.

Un grand lavage avec l'eau bouillie et l'attouchement de toutes ces surfaces avec des éponges imbibées de sublimé permirent de nettoyer le fond du bassin et la plus grande partie des régions malades.

Deux gros tubes assurent le drainage.

L'opération avait duré une heure. Tout se passa d'une façon parfaite; la température baissa aussitôt. les vomissements disparurent et la malade s'améliora rapidement.

Après sept jours, j'enlevai les drains, ceux-ci laissèrent une fistulette qui se ferma en peu de jours. Actuellement la malade est guérie. Je suis persuadé que sans mon intervention cette malade serait morte de sa péritonite extensive.

Enfin je pourrais vous citer un dernier fait dans lequel l'intervention trop tardive n'a pas donné de résultat, malgré tous mes efforts.

Obs XV

Appelé par le Dr Thierry auprès d'une malade atteinte d'une poussée aiguë et subite de péritonite, j'appris que cette malade

souffrait depuis dix-sept ans d'une affection des trompes, qui avait déjà causé, presque chaque année, une poussée de pelvi-péritonite.

Cette fois l'inflammation s'était généralisée ou à peu près, en quelques jours. Le ventre était ballonné; le faciès abdominal très marqué. Les deux symptômes les plus saillants étaient les vomissements et surtout une constipation rebelle causée par la compression du rectum par la masse inflammatoire du bassin.

Je vis la malade le 7 novembre, et proposai l'opération de la laparotomie. Il existait, à ce moment, une accalmie dans les phénomènes généraux. Cependant le ventre était entièrement ballonné; une plaque indurée occupait toute la région sous-ombilicale, et l'intestin ne fonctionnait presque pas. L'opération fut refusée, je n'osai insister. Pendant les jours suivants, les phénomènes généraux s'accentuèrent brusquement, et il survint un peu de pleurésie avec respiration difficile.

Appelé de nouveau le 12 novembre, je n'hésitai pas à proposer de nouveau l'opération qui seule pouvait sauver la malade. Elle fut chloroformée avec peine, à moitié asphyxiante.

J'ouvris l'abdomen et, après avoir déchiré des adhérences rouges, je pénétrai entre les anses intestinales, en faisant sortir une grande quantité de liquide rougeâtre et louche. Je libérai les intestins et atteignis le fond du bassin où je trouvai deux masses indurées, couvertes de fausses membranes mais très adhérentes et qui étaient composées de la trompe et de l'ovaire. En présence de la difficulté de l'ablation et du peu de résistance de la malade, je me contentai de nettoyer le péritoine et de placer deux gros drains. La suture abdominale fut pratiquée rapidement et la malade reportée dans son lit. Malheureusement l'asphyxie exagérée par le chloroforme augmenta de plus en plus, et elle mourut quelques heures après.

Je suis persuadé qu'une opération plus hâtive, alors que la malade était encore résistante, aurait pu éviter la mort, car cette opération était capable d'arrêter les accidents de la péritonite.

D'après les faits publiés à l'étranger et ceux que j'ai observés, il me semble qu'il y a là une intervention rationnelle,

dans le cas de pelvi-péritonite secondaire, grave et avec tendance à la généralisation.

On peut par cette intervention parer d'emblée à tous les accidents et on peut éviter les péritonites extensives, trop souvent mortelles.

F. *Salpingite avec fibromes ou kystes de l'ovaire.* — J'ajouterai pour terminer, que j'ai trouvé cinq fois en enlevant des fibromes ou des kystes de l'ovaire et surtout ceux qui sont développés dans le ligament large, des trompes altérées, hypertrophiées et même kystiques.

Mais je ne regarde ces faits que comme des exceptions, qui échappent à notre interprétation. La maladie de la trompe est-elle primitive, secondaire ou indépendante ? Cela est difficile à dire.

Dans ces cas, j'ai trouvé deux hémato-salpingites chez une femme à laquelle je désirais enlever les ovaires pour arrêter des hémorrhagies dues à la présence d'un gros corps fibreux. Je n'ai pas noté de symptômes spéciaux provoqués par ces altérations de la trompe. Aussi je ne les fais pas entrer dans le cadre de ce travail, qui est consacré seulement aux salpingites isolées et constituant à elles seules la maladie principale.

Je citerai seulement ici une observation intéressante dans laquelle une double salpingite compliquait un kyste parovarien. Mais il est facile de voir, par la lecture de cette observation, que la salpingite avait apparu longtemps avant le kyste et qu'elle reconnaissait pour cause un accouchement prématuré au septième mois. Cet accouchement précoce était probablement dû à ce fait que l'utérus était irrité ou comprimé par la tumeur antécédente.

Obs. XVI. — *Double salpingite avec kyste para-ovarien petit. Ablation. — Guérison.*

Mme C., m'est envoyée par le Dr Hutinel et entre à la Salpêtrière le 4 juillet 1888; elle est âgée de 35 ans. Cette femme a eu 2 accouchements, le dernier il y a 6 ans.

Il y a 3 ans elle s'aperçut de la présence d'une grosseu dans la partie droite et inférieure du ventre. Deux ans après le début de cette grosseur qui la faisait peu souffrir, elle devint enceinte. La grossesse fut douloureuse, pénible et il y eut un accouchement avant terme à 7 mois. A partir de ce moment (octobre 1887), elle éprouve des douleurs dans le ventre, son appétit et ses forces diminuent, elle maigrit. Bientôt elle est prise d'une véritable péritonite localisée et entre dans le service de M. Hutinel.

Cette pelvi-péritonite dure pendant quelques jours à l'état aigu puis se calme assez rapidement, mais pour laisser des troubles graves.

Le jour de son entrée à la Salpêtrière, on trouve 38°,2 le soir, et on constate une tuméfaction douloureuse qui n'est autre que la tumeur du côté gauche déjà constatée par la malade.

Par le toucher, l'utérus est à sa place, immobile, entr'ouvert. Du côté droit, dans le cul-de-sac, existe une petite masse douloureuse séparée de l'utérus par un sillon; enfin une tumeur fluctuante du volume du poing. Le tout est douloureux et provoque de la fièvre.

Opération, 21 juillet 1888. Je trouve à droite un kyste para-ovarien transparent du volume des deux poings. Il est inclus dans le ligament large, mais il est enlevé en entier par une décortication assez pénible.

Autour de lui est enroulée une trompe enflammée grosse comme le doigt, oblitérée, remplie de muco-pus et enlevée avec l'ovaire adhérent.

Du côté gauche existe également une salpingite isolée, adhérente avec un ovaire couvert de fausses membranes. Ces parties sont enlevées.

Drainage pendant 48 heures. Guérison.

II. — *Pathogénie des salpingites.*

La question de pathogénie mérite d'être discutée. En effet, il me semble que les idées théoriques qui ont présidé à l'étude de cette maladie, ont eu une grande influence sur le traitement chirurgical qui lui est actuellement appliqué et tel que nous le discutons maintenant.

L'origine des inflammations de la trompe et de l'ovaire ne

laisse chez moi aucun doute. C'est la théorie de la propagation que j'admets sans aucune réserve.

Toute lésion inflammatoire développée primitivement dans l'utérus peut remonter dans la trompe, et s'y localiser en produisant des désordres. Mais il est rare qu'elle ne déborde pas, par l'ouverture du pavillon, pour de là, gagner le péritoine et provoquer sur cette séreuse des lésions plus ou moins étendues. Ces dernières ne sont pas nécessaires, et peuvent être considérées comme un accident ou un stade secondaire de la maladie de la trompe.

L'ovaire ne participe à la maladie que secondairement, par voisinage ; le plus souvent sa surface seule est atteinte.

Ainsi formulée par Aran, par Leseuvre, Bernutz et ses élèves et M. Siredey, admise généralement à l'étranger, cette conception présente un grand intérêt et surtout un avantage capital.

C'est elle en effet qui a conduit Lawson Tait et plusieurs autres chirurgiens, à l'opération que nous pratiquons actuellement, c'est-à-dire l'ablation des organes altérés.

En effet, il est assez logique de penser que, la trompe et les ovaires malades étant enlevés, le foyer principal de la maladie aura disparu. Ainsi se trouvera détruite la source des douleurs et des accidents dans le présent ; ainsi se trouvera arrêtée cette série de poussées inflammatoires du côté du péritoine, qui sont si fréquentes dans cette maladie. Tous les médecins savent, en effet, combien sont nombreuses ces rechutes, ces extensions à distance d'une maladie dont le foyer principal existe dans les trompes.

Ainsi, pour moi, comme pour un grand nombre d'autres chirurgiens, l'inflammation de la trompe succède toujours à une lésion de l'utérus, par voie de propagation. A la suite de la blennorrhagie, des fausses couches ou des opérations septiques pratiquées sur le col de l'utérus, la trompe s'enflamme et elle peut être alors considérée comme le pivot des inflammations dites péri-utérines. Celles-ci sont toujours secondaires.

La pelvi-péritonite plus ou moins étendue, l'œdème

inflammatoire du tissu cellulaire sous-péritonéal, ne sont que des phénomènes d'extension; ainsi se trouvent constituées ces masses phlegmoneuses souvent considérables qui englobent les côtés de l'utérus et le ligament large.

Tous ces phénomènes correspondent aux notions générales que nous possédons sur l'inflammation, car tout organe enflammé produit autour de lui une zone d'induration et d'inflammation secondaire.

On me permettra à ce propos de rappeler une comparaison que j'ai présentée à mes élèves dans mes leçons professées à la Salpêtrière et qui montre bien quelle est la marche de l'inflammation dans des organes analogues à ceux que nous étudions, je veux parler des organes génitaux de l'homme.

Lorsque la blennorrhagie uréthrale, lorsque des inflammations septiques et souvent même opératoires, existent au niveau de l'urèthre chez l'homme, on voit souvent ces désordres atteindre l'épididyme en suivant la muqueuse du canal déférent. N'y a-t-il pas là une propagation directe et à une grande distance? Personne ne peut nier ici la théorie de la propagation de proche en proche, aucun chirurgien n'osera admettre ici un transport par les lymphatiques.

Mais ce n'est pas tout. Arrivée au niveau de l'épididyme, l'inflammation produit sur la séreuse vaginale des désordres analogues à ceux de la pelvi-péritonite, et qui varient suivant son caractère spécial d'intensité. Si l'inflammation s'accentue encore davantage, elle déborde sur les parties voisines atteint le tissu cellulaire du scrotum et du cordon et provoque cette masse inflammatoire et indurée qui occupe toute la région et dont la résolution est souvent très rapide. Cet œdème inflammatoire et phlegmoneux est absolument comparable, je pourrais dire absolument semblable à celui qui existe autour de l'utérus dans le ligament large et surtout dans la séreuse péritonéale, et il n'est que le résultat d'une extension des lésions venant autour de la trompe enflammée.

L'ét ndue et la susceptibilité des séreuses produisent seu-

les une différence considérable dans les symptômes et la gravité de la maladie de l'un et l'autre organe sexuel. L'analogie entre les deux processus pathologiques dans des organes ayant la même origine et la même fonction, me semble donc indiscutable.

Je ferai remarquer également que, dans l'hypothèse où je me suis placé, le testicule et l'ovaire sont seulement gênés dans leur fonctionnement et ne présentent que plus tard des lésions secondaires. Les faits étudiés par M. le professeur Cornil et par moi, d'autres très nombreux publiés à l'étranger, ne laissent aucun doute à cet égard, pour ce qui est de l'ovaire. Pour le testicule la chose est connue depuis longtemps.

Je ne fais ici allusion qu'aux inflammations produites par propagation, dont l'origine utérine est bien nettement établie, et je ne discute nullement l'influence de la tuberculose, des fièvres éruptives et même de la syphilis, dont nous ne connaissons pas le mécanisme.

Jusqu'à présent, toutes les opérations pratiquées sur cette région, l'examen des pièces enlevées sur le vivant, et j'ajouterai même l'ouverture des abcès développés dans la trompe ou dans son voisinage, démontrent la réalité de cette propagation.

Cette explication du développement de la salpingite et de son origine, diffère beaucoup de celle qui a été défendue brillamment par d'autres auteurs. La théorie de la propagation par les lymphatiques, née des anciennes idées qu'on avait sur la pathologie et reprise avec talent par M. Lucas-Championnière, à propos des accidents puerpéraux, me semble devoir être abandonnée. Elle ne répond ni aux données générales de la pathologie, ni aux résultats fournis par les investigation de l'anatomie, ni même aux désordres décrits par l'anatomie pathologique. En effet, les lésions trouvées dans la trompe existent toujours, quoi qu'on en ait dit, dans toute l'étendue de cet organe, jusqu'à la cavité utérine. Elles sont quelquefois assez minimes pour n'être reconnues que par l'examen microscopique. Plusieurs pièces que j'ai dans ma collection le prouvent abondamment.

Cette théorie de *la lymphangite*, non seulement je ne l'adopte pas, mais je la considère comme fausse et comme dangereuse.

C'est elle qui a conduit un certain nombre de gynécologistes à admettre cet *adéno-phlegmon* si souvent diagnostiqué soit dans le bassin, soit derrière le pubis et qui n'a probablement jamais existé. C'est elle qui a fait croire à la présence de ces ganglions introuvables pour l'anatomiste et qui ont toujours été confondus avec la trompe et l'ovaire malades; il est vrai que le toucher vaginal seul servait à établir le diagnostic qui n'était contrôlé par aucune expérience. Je ne connais pas de fait bien probant dans lequel les autopsies l'aient révélé d'une façon authentique.

M. L. Championnière ne peut nier que c'est grâce à ses idées théoriques qu'un grand nombre de médecins admettaient si facilement depuis quelques années *ces adénites péri-utérines*. N'est-ce pas sous son influence, après la description des lymphatiques et des ganglions péri-utérins qu'il a étudiés dans sa thèse et ses autres travaux, qu'un grand nombre de gynécologistes diagnostiquaient à coup sûr la présence d'un ganglion enflammé à la base du ligament large, alors que ce prétendu ganglion n'est autre que l'ovaire et la trompe faciles à sentir par le cul-de-sac et que nous trouvons toujours au cours de nos opérations.

N'est-ce pas sous l'influence de cette théorie, que nous voyons journellement poser ce diagnostic erroné et trompeur? Cela est tellement vrai que M. de Sinéty l'admet dans son ouvrage si complet et devenu classique. Martineau, médecin de l'hôpital spécial de Lourcine, a écrit dans ses livres et enseigné à de nombreux élèves, que toutes les fois qu'on sentait au delà du cul-de-sac vaginal une petite tumeur douloureuse, il s'agissait d'un ganglion enflammé.

En somme, de l'opinion de ces auteurs, est née la théorie de l'adénite et de l'adéno-phlegmon encore admise par beaucoup d'auteurs.

Que de fois, depuis deux ans que je m'occupe de cette ques-

tion, n'ai-je pas eu à discuter ce diagnostic d'adénite, avec celui très évident de la salpingo-ovarite démontré plus tard par l'opération.

Je crois que plusieurs des adeptes de la lymphangite ont maintenant changé d'opinion et qu'ils laissent de côté la question de l'adénite et adéno-phlegmon pour admettre avec nous l'ovaro-salpingite.

Mais leurs erreurs anciennes ont laissé des traces ; peut-être ont-elles été exagérées par leurs admirateurs, mais elles n'en persistent pas moins encore.

Je le répète à dessein, toutes les fois que le chirurgien est allé à la recherche de parties malades sur le vivant, il a toujours trouvé des lésions plus ou moins accentuées de la trompe et de l'ovaire ; il n'a jamais rencontré cette adénite si facilement admise après un toucher vaginal sans contrôle anatomique.

Mais ce n'est pas tout ; je considère cette théorie comme dangereuse ; en effet, elle nous éloigne presque complètement de la thérapeutique chirurgicale actuellement adoptée et devenue si importante. En effet, théoriquement, elle devrait écarter toute idée d'opération si, comme nous l'a affirmé M. Lucas-Championnière, la trompe et l'ovaire ne devaient être que secondairement malades à la suite d'une pelvi-péritonite ou d'une lymphangite.

Cela serait surtout vrai si la petite tumeur qui existe de chaque côté de l'utérus n'était qu'un ganglion lymphatique situé sous le péritoine dans la base du ligament large.

J'ai dit qu'elle éloignait de toute opération et rien n'est plus logique que cette conclusion. Qui pousserait en effet à enlever un ganglion enflammé situé dans le tissu cellulaire péri-utérin ?

Maintenant encore les médecins qui admettent cette théorie, refusent l'ablation chirurgicale des ovaires et des trompes malades, ne voulant pas admettre qu'il s'agit d'autre chose que d'un ganglion enflammé avec péri-adénite.

J'ai eu plusieurs fois à lutter contre cette opinion défen-

due avec ardeur et grâce à laquelle on voulait s'opposer à une opération si rationnelle.

On se contente alors, d'après cette théorie, d'ouvrir un abcès volumineux quand il existe et qu'il vient proéminer dans une région favorable. N'avais-je pas raison de dire que la notion de la salpingo-ovarite par propagation au moyen de la trompe, sans se préoccuper ni des lymphatiques ni des ganglions, avait été une des causes principales de l'intervention chirurgicale. Lawson Tait n'a songé à enlever ces organes, que parce qu'il les avait isolés et qu'ils étaient adhérents seulement aux parties voisines par des liens récents dus à la pelvi-péritonite.

Il est certain que mon argument portait non pas sur le fait des lésions de la trompe et de l'ovaire que tout le monde consent à enlever aujourd'hui, mais sur l'opinion défendue par les adeptes de la propagation par les lymphatiques exagérée et généralisée par leurs adhérents, et qui nous éloignait de toute intervention. *(A suivre.)*

REVUE GÉNÉRALE

DE LA PNEUMONIE PENDANT LA GROSSESSE

AU POINT DE VUE DE SES CONSÉQUENCES POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT

Par **Victor Wallich**, interne des hôpitaux.

I

Grisolle est le premier qui ait appelé l'attention sur la physionomie spéciale de la pneumonie pendant la grossesse. Parmi les nombreux travaux publiés depuis sur ce sujet, deux mémoires ont une importance très grande, par le nombre de cas qu'ils réunissent, et la concordance que l'on cons-

tate dans leurs statistiques réciproques. Le premier de ces travaux est la thèse de Ricau (Paris, 1874) qui joint à quelques faits personnels les cas précédemment observés, et réunit ainsi 43 cas. Le second travail est le mémoire de Coli (1) qui étudie une statistique de 32 cas personnels joints à 8 cas de Bergesio (2). Cela fait un total de 83 observations consciencieusement prises. On peut avec ces matériaux étudier la pneumonie de la femme enceinte, les conséquences qui en résultent pour elle et pour son enfant; en ce qui concerne la femme, l'influence de la grossesse sur la marche de la pneumonie, l'influence de la pneumonie sur le cours de la grossesse; en ce qui concerne le fœtus on sait que son sort est intimement lié à la marche de la grossesse. Mais il est pour lui un autre danger, aujourd'hui que l'on range la pneumomie parmi les maladies infectieuses, que l'on admet la transmission des maladies infectieuses de la mère au fœtus. Il devient intéressant de rechercher, comme l'a fait M. Netter (3), quelles sont les conséquences de la pneumonie de la mère pour le fœtus ou pour le nouveau-né.

II

Quelle est l'influence de la grossesse sur le développement et sur la marche de la pneumonie.

L'état puerpéral ne peut être considéré comme une prédisposition à la pneumonie, il suffit de rappeler à ce point de vue les chiffres que cite M. Pinard (4).

Jusqu'en 1841, Grisolle n'avait observé que 4 cas de pneumonie pendant la grossesse, de 1841 à 1864 il n'en recueille que trois observations. Wegscheider (Société obstétricale

---

(1) COLI. *Revista clinica*. Bologne, 1885.

(2) BERGESIO. Annali di Ostetricia, Milan, 1879.

(3) NETTER. Comptes rendus de la Société de Biologie, 1889. IXe série. Tome I, page 187.

(4) Art. *Grossesse*, Dict. encycl. des sciences médicales, p. 161.

de Berlin, 1873) constate sur une pratique de 30 années la rareté de l'affection. Martin jeune n'a trouvé aucune observation à la clinique de Traube, et deux seulement chez Frerichs. Coli (1) cite la pratique de Bergesio à la clinique de Turin de 1872 à 1879, qui ne comprend que 5 cas sur 1495 accouchements. De 1879 à 1883 on a observé 23 cas à l'hôpital de Milan. Ce chiffre relativement considérable est dû à ce que les observations ont été prises dans des services de médecine où les femmes sont reçues lorsqu'une pneumonie survient dans les premiers mois de leur grossesse. La pneumonie n'est donc pas plus fréquente pendant la grossesse qu'en dehors de tout état puerpéral.

Quelle est l'influence de la grossesse sur la marche de la pneumonie? Grisolle avait noté une intensité plus grande de la réaction fébrile.

Ricau insiste sur la gêne respiratoire, dyspnée très violente qui peut être d'origine mécanique. due au développement de l'abdomen (Bourgeois et Chatelain), mais attribuable en partie, aux modifications physiologiques observées sur le sang de la femme enceinte. La mortalité est-elle plus grande? Il est difficile de répondre à cette question par des chiffres. Les différentes statistiques présentent des écarts considérables, bien compréhensibles aujourd'hui que l'on sait la pneumonie une maladie infectieuse, dont le pronostic est variable suivant la résistance du sujet et la virulence du microbe, la forme des épidémies. Il faudrait aussi faire la part de la mortalité par infection puerpérale, suite d'avortement.

III

Les observations réunies par los auteurs démontrent au contraire bien nettement que la pneumonie a une influence sur la marche de la grossesse. Le plus souvent elle serait

(1) *Loc. cit.*

interrompue par un avortement ou un accouchement prématuré. Les causes de cette interruption ne sont pas établies. Il faudrait tenir compte, suivant Grisolle, de la soudaineté de la maladie, de l'intensité de la fièvre, des phénomènes sympathiques. Ricau et Chatelain font intervenir la dyspnée suivie d'accumulation d'acide carbonique dans le sang, provoquant, selon la théorie de Brown-Séquard, la contraction utérine. D'autres auteurs invoquent comme cause la mort du fœtus, mort dépendant d'une insuffisance fonctionnelle du sang suivant Fasbender, attribuable pour Bergesio à une anémie artérielle, une congestion veineuse, un défaut d'oxygénation du sang du fœtus. Celui-ci mort, son expulsion serait prochaine. Ces explications sont peu satisfaisantes.

Quelles que soient les causes qui président à l'expulsion du fœtus, celle-ci est fréquente si nous nous en rapportons aux chiffres réunis par Coli.

Grisolle, 15 cas, 5 avortements, 5 accouchements prématurés.

Bourgeois, 12 cas, 8 avortements et accouchement prématuré ; 4 accouchements à terme.

Fasbender, 7 cas suivis tous les sept d'interruption de la grossesse.

Chatelain, dont la statistique comprend aussi celles de Grisolle et de Bourgeois, compte sur 39 cas, 19 avortements ou accouchements prématurés.

Ricau, 21 avortements ou accouchements prématurés sur 43 cas.

Bergesio, 54 cas, 29 interruptions de la grossesse.

Coli trouve une moyenne semblable à celle de Ricau : 22 interruptions sur 40 cas.

Il insiste sur l'importance de la similitude de ces deux statistiques, de plus si l'on analyse ces cas de grossesse interrompue divisés en avortements et en accouchements prématurés, on obtient les résultats suivants :

Pneumonie pendant les 6 premiers mois de la grossesse :

Coli, 15 cas, 6 avortements ;

Ricau, 28 cas, 11 avortements.

De part et d'autre plus d' 1/3 des cas.

Pneumonie pendant les 3 derniers mois de la grossesse :

Coli, 25 cas, 16 accoucbements prématurés.

Ricau, 15 cas, 10 accouchements prématurés.

Dans les deux statistiques les accouchements prématurés sont dans la proportion de 2/3. La concordance est parfaite, on voit donc qu'en cas de pneumonie, plus la grossesse avance de son terme plus elle court de chance d'être interrompue. Cette interruption a lieu avant le 6e mois dans un tiers des cas, dans les deux tiers des cas, du 6e au 9e mois de la grossesse (1).

IV

Quelles sont les conséquences de cette interruption de la grossesse pour la mère et pour l'enfant. Commençons par la mère et prenons les chiffres cités dans l'important mémoire de Coli.

Grisolle,	9 avortements	ou	accouchem.	prématurés.	8	morts.
Bourgeois,	8 —	—	—	—	8	—
Fasbender,	7 —	—	—	—	5	—
Chatelain,	19 —	—	—	—	9	—
Wernich,	18 —	—	—	—	18	—
Ricau,	21 —	—	—	—	12	—
Coli,	22 —	—	—	—	11	—

Les statistiques de Ricau et de Coli concordent encore. Ce dernier auteur en fait la remarque.

Il rappelle que Chatelain ne compte à côté des chiffres cités plus haut, que 2 décès sur 20 cas sans interruption de la grossesse, et Ricau 2 décès sur 22 cas où la grossesse

(1) L'opinion contraire, c'est-à-dire la rareté de l'avortement, a été soutenue par L. BRIEGER. Sur quelques maladies venant compliquer la grossesse. *Charité Annalen*, 1886. — Sur 6 cas de l'auteur il n'y eut qu'un avortement.

avait continué son cours. Coli tire de ces faits la conclusion que l'interruption de la grossesse est une véritable complication, un accident des plus dangereux chez la femme atteinte de pneumonie. Quant à expliquer la cause de cette gravité aucune des explications données ne paraît satisfaire cet auteur. Ce n'est pas l'hémorrhagie qui cause de tels désastres, puisque dans ses 40 observations, la grossesse a été interrompue 22 fois, et il n'a compté que 2 fois des hémorrhagies inquiétantes. La gravité est-elle due, comme le veut Schröder, à la facilité de l'infection en cas d'avortement ou d'accouchement prématuré, alors que l'œuf est expulsé incomplètement, ou en plusieurs temps. Cette explication serait plus satisfaisante que celle donnée par Wernich, qui attribuerait la gravité des accidents à un œdème pulmonaire consécutif au changement brusque de pression dans le système circulatoire après l'expulsion du fœtus.

D'autres observateurs au contraire ont noté immédiatement après l'évacuation de l'utérus une détente, une amélioration. Il serait peut-être bon de tenir compte de la gravité de la pneumonie, ainsi que l'a fait remarquer M. Pinard. On sait aujourd'hui que l'infection pneumonique peut présenter des degrés divers dans son extension, dans sa virulence. L'avortement ou l'accouchement prématuré ne peut-il pas être l'effet et non la cause de la gravité de la pneumonie ?

L'interruption de la grossesse a sur le sort du fœtus une influence évidente, qui n'a peut-être rien de spécial.

Sur 21 accouchements prématurés Coli a fait les observations suivantes :

11 fœtus n'étaient pas viables.

6 sont morts quelques jours après la naissance.

4 ont survécu.

Nous venons de voir quelles étaient pour la mère les conséquences d'une pneumonie pendant la grossesse. Il nous reste à voir quelles sont les conséquences pour l'enfant, en tenant compte des recherches récentes sur la nature microbienne de la pneumonie, et sur la transmission intra-utérine de l'affection.

V

Avant que la pneumonie fût classée dans le cadre des maladies infectieuses, on avait observé la mort fréquente du fœtus lorsqu'il naissait d'une mère pneumonique. Cette mort était attribuée seulement aux phénomènes fébriles constatés chez la femme, élévation de température, surcharge du sang en acide carbonique. La loi de Brauell Davaine généralement acceptée défendait, d'un autre côté, de songer à la possibilité de la transmission intra-placentaire de l'affection de la mère. Depuis, les observations de Arloing, Cornevin et Thomas (1), Straus et Chamberland (2), Chambrelent (3), Malvoz (4), sont venues démontrer d'une part la possibilité, d'autre part certaines conditions de la transmission intra-utérine chez les animaux, dans le charbon, le choléra des poules (5) Mais on possède encore peu d'observations de pneumonie du nouveau-né, d'origine maternelle. Dans un travail récent (6) M. le Dr Netter a fait connaître l'observation très complète d'un nouveau-né, qui tomba malade deux jours après sa naissance, et succomba six jours après. La recherche des pneumocoques dans les organes a fourni des résultats positifs. M. Netter, comparant alors ce qu'il a pu observer chez l'homme et chez les animaux, est arrivé à des conclusions très intéressantes au point de vue général de la transmission intra-utérine des maladies infectieuses, et très importantes au point de vue plus particulier de la question encore peu étudiée : la pneumonie du nouveau-né.

Le nouveau-né d'une mère pneumonique peut ne pas deve-

(1) Comptes rendus. Académie des sciences. Février 1881.

(2) STRAUS et CHAMBERLAND. *Passage de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus.* (Comptes rendus de l'Académie des sciences, 18 décembre 1882.)

(3) CHAMBRELENT.

(4) MALVOZ. *Annales de l'Institut Pasteur*, 25 mars 1888, et 25 avril 1889.

(5) Voir à ce sujet une très intéressante revue générale de M. Varnier *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, avril 1888.

(6) NETTER. *Loc. cit.*

nir malade, mais il peut aussi dans les premiers jours qui suivent sa naissance présenter des symptômes graves et succomber. On peut alors trouver à l'autopsie soit de l'hépatisation pulmonaire, soit des lésions diverses témoignant d'une infection générale. Étant donnée la maladie de la mère, les idées que l'on a aujourd'hui sur la nature microbienne de la pneumonie, et sur la transmission possible au fœtus des maladies microbiennes, il devient très intéressant de rechercher si le fœtus a été infecté. Les observations sont rares. Le fait fut d'abord constaté chez le cobaye et la souris par M. Netter en 1886 (1), chez le lapin par Foa et Bordoue Uffreduzzi en 1887 et de nouveau chez le cobaye par Ortmann en 1888. M. Netter a joint à son observation récente chez l'homme, trois cas de Thorner, Marchand et Strachan. Mais les recherches bactériologiques n'ont été faites que dans son cas, et dans celui de Thorner, où elles n'ont porté que sur l'examen microscopique. En face d'un si petit nombre de faits positifs, on peut se demander si les faits négatifs sont plus nombreux, s'il ont été recherchés, ou, si recherchés, ils n'ont pas été jugés dignes d'une publication. Nous avons eu récemment occasion d'observer dans le service du Dr Pinard, à la Maternité de Lariboisière, le cas d'un nouveau-né de mère pneumonique, lequel succomba huit jours après sa naissance. L'examen bactériologique fait avec M. Netter nous permit de constater l'absence de pneumocoques dans les organes, et nous conduisit à chercher ailleurs que dans l'affection de la mère la cause des lésions révélées par l'autopsie.

En s'appuyant sur ce que l'on sait au sujet des conditions de la transmission intra-utérine des maladies infectieuses on peut déjà poser plusieurs points, concernant ce mode de transmission dans la pneumonie. L'infection se fait du sang de la mère au sang du fœtus. Ce qui est essentiel comme condition de la transmission, c'est l'infection générale de la mère, la présence de pneumocoques dans le sang. Ce fait a

(1) *Bulletins Société anatomique*, avril 1886.

été mis en lumière par M. Netter, qui compare ce qui se passe chez les rongeurs, et chez l'homme. Les cobayes auxquels on communique l'infection pneumonique présentent toujours une infection générale, et chez ces animaux le passage des microbes de la mère au fœtus est presque constant. Chez l'homme au contraire l'infection peut être seulement locale; dans d'autres cas elle est générale, ainsi que cela a été constaté par la présence de pneumocoques dans le sang (Friedländer, Talamon, Netter). Ce serait dans ce dernier cas seulement qu'on pourrait rencontrer la transmission. Quant aux voies suivies par le microbe pour opérer cette transmission, la question se pose au sujet de l'infection pneumonique, comme au sujet du charbon et du choléra des poules, les microbes passent-ils par diapédèse, ou bien, comme le veut M. Malvoz, par une lésion placentaire permettant au moyen d'une hémorrhagie le contact des deux sangs.

VI

La transmission une fois faite peut s'accompagner de certains désordres qu'il est bon de reconnaître. Nous ne parlerons pas de l'appareil symptomatique, qui est des plus vagues et des moins significatifs. Le diagnostic anatomique seul est possible. On tiendra sans doute grand compte à l'autopsie de l'hépatisation pulmonaire, si on la rencontre, mais il sera certainement préférable de compléter cet examen par la recherche des pneumocoques. Si d'autre part les lésions pulmonaires manquent, il serait peut-être imprudent de conclure de l'absence de lésions pulmonaires à l'absence d'infection. On sait aujourd'hui que l'infection pneumonique peut avoir d'autres localisations que le poumon, on pourra trouver de la méningite, de l'endocardite, des collections purulentes dans divers organes, dont on ne songera pas à rattacher l'origine à l'infection maternelle. Si cependant on pratique l'examen bactériologique on pourra trouver des pneumocoques dans le sang, et au niveau de ces diverses lésions. Comme le

fait remarquer M. Netter, cette recherche devient indispensable pour porter le diagnostic chez les mort-nés, qui, eux, ne présentent pas de lésions du poumon : « Ce qui fait la pneu« monie, ce n'est pas seulement le pneumocoque, ce sont « aussi les conditions nécessaires, pour fixer le pneumocoque « au poumon, et pour aider à son développement dans cet « organe. Il semble nécessaire avant tout que le poumon « fonctionne, respire. » Foa et Bordone Uffredozi ont retrouvé ainsi le pneumocoque dans le foie, la rate, le sang d'embryons de quatre à six mois, de mère pneumonique.

L'infection pneumonique par ses caractères, aujourd'hui assez bien connus, offre un sujet bien fait pour la recherche de la transmission intra-utérine des maladies infectieuses chez l'homme. Il sera très intéressant à ce point de vue de pratiquer à l'autopsie l'examen des organes des nouveau-nés dont la mère est pneumonique. Ces recherches doivent être faites, non seulement dans les cas de pneumonie franche aiguë de la mère, mais encore, comme l'indique M. Netter, dans tous les cas d'infection pneumonique à localisations, autres que le poumon, dans toutes « *les maladies à pneumocoques* ».

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 *avril* 1889.

DOLÉRIS. **Quelques points spéciaux de la technique des opérations pratiquées sur le vagin et la vulve.** — A) *Technique de l'avivement.* Après avoir indiqué les procédés habituellement employés, l'auteur indique celui de son choix. Il consiste essentiellement à détacher le lambeau, non par dissection, mais par décollement. S'agit-il, par exemple, d'une colporrhaphie antérieure, on fixe un point déterminé de la colonne antérieure du vagin, plus ou moins rapproché de la région du méat urinaire, et on pratique à ce niveau une incision transversale de deux à trois cent. et légèrement concave vers le vagin. On saisit avec une pince la lèvre postérieure

de l'incision, celle qui répond au sens de l'avivement et on la décolle légèrement avec deux ou trois traits transversaux au bistouri. On remplace alors le bistouri par l'extrémité large d'une spatule, et on creuse très aisément une sorte de gousset. On remplace alors la spatule par l'index d'une main, puis par les deux index juxtaposés, qui travaillent de concert à décoller le vagin aussi loin qu'il est nécessaire. 1-2 minutes suffisent à ce résultat. L'écoulement de sang est insignifiant. L'excision du lambeau est obtenue au moyen du ciseau, deux coups de ciseau dans le sens du vagin, et un coup de ciseau transversal. La surface d'avivement est trapézoïde, et son petit côté correspond à la partie antérieure du vagin. Cela fait, on procède à la suture.

S'agit-il d'une colporraphie postérieure, mêmes principes pour la confection du lambeau. Seulement, la première incision libératrice correspond à la partie profonde du lambeau, et on l'opère après abaissement du col.

B) *Suture.* — L'auteur tient à mettre en relief deux détails de sa méthode de suture : 1° *l'avantage des points dits verticaux;* ils sont destinés à retenir l'anse des sutures horizontales, et, par suite, à lutter contre la tendance qu'ont les points horizontaux à sectionner les tissus. En raison de la disposition réciproque des points verticaux, l'auteur a adopté pour son procédé le nom de *suture en claie.*

2) *Le placement des fils dans la colporraphie profonde,* où l'avivement est limité à la région du cul-de-sac. Soit un avivement triangulaire. L'auteur suture, isolément, les trois cornes du triangle. Cela fait, il reste un espace central avivé, dont il s'agit de rapprocher les bords. A cet effet, il cerne cet espace par un fil circulaire qui ferme la surface cruentée par le mécanisme de la *suture en bourse.*

C) *Colpopérinéoplastie par glissement.* — Ce procédé paraît surtout indiqué dans les cas où il y a colpocèle, où l'utérus est à peu près situé à son niveau normal.

Le trait particulier de la méthode, consiste à utiliser l'exubérance de la muqueuse vaginale pour reconstituer une sorte de sangle élytro-périnéale, un moyen de renforcement du nouveau périnée. De plus, la suture vaginale est supprimée.

(1er temps.) Incision demi-circulaire contournant la commissure postérieure de la vulve à l'union de la peau et de la muqueuse;

(2me et 3me temps) décollement au bistouri d'abord, pour libérer les adhérences cicatricielles, puis au moyen des doigts, d'un lambeau vaginal, aussi profondément que cela est nécessaire, puis placement des fils destinés à ramener par traction et glissement la face profonde du lambeau triangulaire au contact de la lèvre cutanée de l'incision. Le 1er fil est le plus médian. L'aiguille pénètre latéralement à gauche de l'anus, chemine profondément dans tous les tissus, et vient accrocher le lambeau vaginal tout près du point extrême du décollement. Elle suit ensuite un chemin inverse, et ressort à droite de l'anus, en un point symétrique du point d'entrée. Mêmes règles pour l'application des autres fils. En général, trois suffisent. L'auteur emploie le gros crin de Florence (4e temps). La région extrême du lambeau, ayant été ainsi ramenée par glissement, au niveau de la commissure, on procède à la résection de la portion de ce lambeau qui reste en excès, et qui flotte à la manière d'une épiglotte ; (5e temps) la section opérée, les deux oreilles cruentées latérales sont juxtaposées et réunies par deux sutures.

D) *Modification de la technique de l'opération d'Alexander.* — Cette modification consiste à réunir les ligaments ronds l'un à l'autre par des sutures, grâce à l'ouverture d'un trajet sous-cutané pratiqué par transfixion, réunissant les plaies inguinales.

E) *Hystéropexie. — Méthode mixte de suture de l'utérus à la paroi abdominale.* — Outre les sutures destinées à réunir la paroi antérieure et le fond de l'organe à la paroi abdominale, l'auteur insère entre les lèvres de la paroi abdominale les *ligaments ronds et les trompes*, pédicule *tubo-ligamentaire*. Suit une critique vive de l'hystéropexie, à laquelle l'auteur préfère de beau coup l'opération d'Alexander complétée par d'autres actes opératoires, dont l'indication se dégage de l'étude des lésions multiples qui compliquent la déviation utérine.

Discussion : TERRILLON. Sauf le procédé d'avivement, cette colpo-périnéoplastie ressemble beaucoup à celle d'Emmet. Pourquoi attendre que la suture soit faite, pour réséquer le lambeau ? POLAILLON. J'ai fait connaître un procédé très semblable à celui-ci recommandé aujourd'hui. Je faisais l'avivement en pratiquant une incision circulaire au niveau de la jonction de la muqueuse et de la peau, je décollai ensuite le lambeau supérieur et pratiquai la suture d'Emmet. Mais je ne réséquais pas le lambeau. La cicatrisation obtenue, il se forme, par rétraction, une sorte de

colonne postérieure du vagin. A propos du décollement, je dirai qu'au lieu de disséquer, j'ai aussi décollé avec le manche du bistouri et avec les doigts, et qu'ainsi l'opération va très rapidement. Toutefois, quand il y a cystocèle, ce décollement avec les doigts de la muqueuse vaginale n'est pas facile et peut être dangereux. DOLÉRIS. Dans mon procédé, il s'agit d'une *colpo-plastie* et non d'une *périnéorrhaphie*. Le principal avantage réside dans la rapidité de l'exécution. De plus, il permet de tendre la paroi du vagin et de supprimer la suture vaginale. Contrairement au procédé de M. Polaillon, il tend les tissus au lieu de les relâcher. Enfin, Doléris n'a pas rencontré un seul cas, encore, où l'amincissement de la cloison vésico-vaginale fut tel, que le décollement avec les doigts ait occasionné des ruptures.

TERRILLON. **Hystérectomie abdominale pour tumeur maligne du corps de l'utérus.** — Femme âgée de 46 ans. Ménopause à 40 ans. Depuis 2 ans, apparition d'hémorrhagies, devenant de plus en plus fréquentes et suivies d'hydrorrhée. Augmentation du volume du ventre ; l'utérus est reconnaissable par la palpation au-dessus du pubis ; il a le volume d'un utérus gravide, à 5 mois. Diminution des forces, œdème aux extrémités inférieures, douleurs pelviennes accusées.

Examen local : Col, en apparence sain, légèrement entr'ouvert. Cavité utérine 17 *centim.*, très saignante. Utérus fixé dans le petit bassin, *immobilisé plutôt par sa masse que par des adhérences.* Diagnostic : *Sarcome du corps de l'utérus.*

Opération le 8 décembre 1878. Hystérectomie supra-vaginale, après double ligature des ligaments larges, et application sur le col, d'un lien élastique, fixé par une ligature de soie. Suites opératoires régulières. A l'heure actuelle, l'opérée est très bien portante.

C'est la 3e observation de ce genre que M. Terrillon communique. Les malades bénéficient, par l'amputation supra-vaginale, dont le pronostic est bien plus favorable que celui de l'opération de Freund, de cette disposition anatomique, connue, qu'*en général, dans ces sortes de tumeurs, le col est intact.*

Discussion : A. GUERIN, SCHWARTZ, POLAILLON, CHARPENTIER, DOLÉRIS. DUMONTPALLIER, TERRILLON.

LOVIOT. **Tranchées utérines et chloroforme.** — Femme de 28 ans, nerveuse, IIIpare. Accouchements normaux. Mais, après le 2e, tran-

chées utérines, contre lesquelles échouaient le laudanum administré par la bouche et le rectum. Après le 3e accouchement, nouvelle apparition des tranchées utérines, que la malade du reste appréhendait fort. Injections chaudes, injection de morphine n'amènent pas de soulagement. On administre alors, le *chloroforme d'une façon intermittente et à petites doses, immédiatement au début de la douleur ou un peu avant, au début de la contraction utérine, de* 10 *heures du matin a* 7 *heures du soir* (200 gr. en tout). Aux inhalations de chloroforme, on combine des lavements avec chloral et laudanum. La malade, dans l'analyse des sensations qu'elles a éprouvées, sensations dont elle a remis la minute rédigée par elle-même à M. Loviot, affirme qu'elle a tiré des inhalations de chloroforme un soulagement très grand.

Discussion : CHARPENTIER, OLIVIER, BAILLY, PORAK, DUMONTPALLIER. CHARPENTIER insiste sur l'intérêt qu'il y a à administrer les lavements laudanisés avec méthode, de telle sorte qu'on sache bien exactement quelle quantité de laudanum a été employée. OLIVIER signale les excellents résultats obtenus à l'étranger, et qu'il a obtenus lui-même de l'usage du *viburnum prunifolium*, mais il faut être sûr de la préparation que l'on prescrit ; à ce titre, il recommande les gouttes concentrées de V. *prunifolium* de Bruel. BAILLY n'a qu'à se louer de l'emploi des suppositoires additionnés de 2 centigr. d'ext. thébaïque, dont l'action est lente et sûre. D'autre part, Charpentier, Porak, Dumontpallier, touchent à une autre question, plus génerale, déjà l'objet de nombreuses controverses, « *l'anesthésie obstétricale* ». C'est là l'origine d'une nouvelle discussion, dont nous donnerons le résumé dès qu'elle sera close.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE BERLIN

Séance du 14 *décembre.*

Sur la proposition de C. Ruge, et après observations de Gusserow et Olshausen, la Société désigne une commission, chargée de rassembler des observations probantes, de nature à permettre de trancher cette question : *Combien de temps, après le terme ordinairement admis, des enfants peuvent-ils venir au monde?*

Dans le projet de nouveau code civil, on admet que l'enfant ne peut pas être porté au delà de 300-302 jours, d'où la conclusion légale, que tous les enfants venus passé ce laps de temps sont illégitimes. Or, il appartient à la Société de contrôler si le législateur reste dans le vrai en établissant ces limites. La commission est composée de C. RUGE, OLSHAUSEN et EBELL.

Présentations: SAURENHAUS. — **Nouveau-né atteint de céphalématome.** — Venu au monde environ deux heures auparavant, et après un accouchement facile, dont la période d'expulsion n'avait duré que dix minutes. Or, peu après, on remarqua en arrière de la bosse pariétale droite, une pièce osseuse de la grandeur d'un mark, qui faisait saillie, et mobilisable. Demi-heure après, le céphalématome était constitué.

Kaltenbach. a) **Carcinome tubaire bilatéral primitif.** — Cette pièce intéressante provient d'une femme âgée de 50 ans. Depuis 4 ans, elle était atteinte d'un écoulement séro-sanguin qui, dans les derniers temps, s'était compliqué de douleurs pelviennes, avec irradiations vers l'estomac et les extrémités inférieures.

Depuis 5 mois que l'opération est faite, la femme jouit d'une santé générale excellente.

b) **Grossesse tubaire gauche avec rupture de la trompe.** — Hégar, dit que cette observation présente un intérêt spécial, *car, elle lui a permis de reconnaître une cause encore non supposée de rupture du kyste fœtal.* Il pratiqua chez la femme à laquelle le cas se rapporte et qui est âgée de 30 ans la laparotomie pour tâcher de la sauver des dangers d'une hémorrhagie interne. Cette femme, qui n'avait pas eu ses règles depuis 6-7 semaines, présenta, brusquement, sans aucuns symptômes prémonitoires, tous les signes d'une hémorrhagie interne. Le ventre ouvert, on trouva la trompe gauche rupturée et gisant au milieu de caillots, ayant la grosseur d'une tête fœtale et non adhérents. La femme parut se remettre un peu, tout de suite après l'opération, mais elle succomba au bout de 36 heures à une hémorrhagie secondaire. Or, à l'autopsie, on constata que cette hémorrhagie nouvelle s'était faite aux dépens de brides, de cordons déchirés, flottant librement, et en connexion avec la face postérieure de l'utérus et le ligament de Douglas. D'après Hégar, ces conditions anatomiques montrent : 1°) qu'il ne faut pas croire que ce soit toujours la trompe qui, en se rupturant, produit l'hémorrhagie, et que celle-ci peut prendre naissance dans

les vaisseaux des adhérences déchirées ; 2) que ces adhérences ou brides ont été la cause de la production de cette rupture très hâtive. Par quel mécanisme? Ces brides par suite de l'accroissement de l'œuf, sont distendues. Que dans ces conditions, un choc, une augmentation quelconque de la pression abdominale agisse brusquement, la trompe est ref ulée en bas. Mais, les brides fixées plus haut ne peuvent pas la suivre, d'où les tiraillements excessifs et la rupture. C'est par un même mécanisme que se rompent les collections sanguines de la trompe, qui surviennent du 6e au 14e jour, après l'évacution d'une hématocèle. Elles succèdent aux tractions qu'exercent sur leurs parois les cordons pseudo-membraneux, auxquelles elles donnent insertion, cordons qui ne peuvent accompagner le mouvement de retrait de l'utérus.

Discussion : OLSHAUSEN, LANDAU, GUSSEROW, VEIT, KALTENBACH.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Présentations : M. Handfield-Jones. a) **Tumeur solide de l'ovaire**; b) **Kystes pédiculés du vagin.**

A. RASCH. **Gangrène de la vessie causée par rétroversion de l'utérus gravide.**

PLAYFAIR. a) **Hématocèle intra-péritonéale, avec hématosalpingite et tumeur de l'ovaire** ; b) **Polype intra-utérin et pyosalpingite**.

GRIFFITH : a) **Fœtus anencéphale avec ectopie partielle du cœur, et adhérence du placenta au crâne** ; b) **Kyste de l'ovaire ayant déterminé une rétention urinaire.**

CHAMPNEYS. **Section césarienne pour rétrécissement du bassin.** — Naine, mais sans traces de rachitisme, ni rien qui, dans ses antécédents, parle dans ce sens. Le squelette, malgré sa petitesse, paraît bien conformé. Taille 1m,16, bassin plat, généralement rétréci, diamètre antéro-postérieur 45 millim., secondipare. Lors de sa première grossesse, on a pratiqué l'accouchement prématuré à 7 mois, et il a fallu terminer par la céphalotripsie. Cette fois, la grossesse étant arrivée à terme, 3 h. 1/2 après le début du travail, la dilatation ayant les dimensions d'un florin, on a fait la césarienne suivant Sänger. Durée de l'opération, 80 minutes : 40 jusqu'au moment de l'application des sutures, 40, depuis ce

moment, jusqu'à la terminaison complète de l'opération; sutures profondes avec du fil d'argent, sutures superficielles avec de la soie. Les ovaires furent laissés en place, mais pour rendre la femme stérile on lia les deux trompes. *Enfant vivant*. Quant à la mère, sauf quelques troubles réactionnels apparus vers le second et le 3e jour, ses suites de couches furent aussi régulières qu'après un accouchement normal. *Guérison parfaite*.

Discussion : PLAYFAIR, HERMAN, GRIFFITH, LEWERS, HORROCKS, PHILLIPS, B. HICKS, DORAN, H. SMITH, CULLINGWORTH, GALABIN, CHAMPNEYS. Elle a porté sur les points suivants : a) *nature de la substance des fils qui servent pour les sutures ;* fils d'argent, de soie, différentes espèces de fils de boyaux, les uns disant qu'il était imprudent d'user de fils métalliques non résorbables, les autres accusant le catgut de glisser, et citant un cas où cette espèce de fil aurait été cause de l'issue funeste (GRIFFITH) ; b) *avantages qu'il y a à ne pas sortir l'utérus de l'abdomen*, précaution qui augmente les conditions de sécurité contre les contaminations extérieures, dangers moins grands de léser le placenta ; c) *utilité qu'il y a à rendre les femmes atteintes de semblables sténoses pelviennes stériles*, et, à ce propos, discussion de cette question : est-il préférable de produire la stérilité, par la ligature des deux trompes, ou mieux vaut-il enlever les ovaires. Laisser les ovaires, c'est laisser des organes désormais inutiles et susceptibles de devenir le siège de diverses maladies. Au contraire leur extirpation paraît n'avoir jamais de conséquences défavorables (HERMAN) ; d) *craniotomie, césarienne, suivant Sänger, opération de Porro*. Il n'est pas vraisemblable que la césarienne se substitue complètement à la craniotomie, parce qu'elle exige une expérience chirurgicale plus grande et des aptitudes spéciales (PLAYFAIR) ; il arrivera un temps où la femme donnera la préférence à l'opération de Sänger qu'elle jugera moins dangereuse, pour elle, que la craniotomie (HORROCKS) ; en raison des résultats obtenus à Dresde et à Leipzig avec l'opération de Sänger, Galabin pensait qu'elle devait être choisie comme opération de choix, dans tous les cas, sauf dans ceux où l'utérus a déjà subi des dommages du fait d'un travail prolongé. Depuis, des statistiques qu'il a reçues d'HARRIS (Philadelphie) établissent, pour ces 4 dernières années, une mortalité de 19 p. 0/0 avec l'opération de Porro, et de 26 p. 0/0 avec la césarienne suivant Sänger. Il est vrai qu'à Dresde et à Leipzig, cette

dernière a donné des résultats excellents. C'est pour cela qu'il lui donne la préférence, mais en constatant, que, dans certaines circonstances, il y aura lieu de discuter s'il n'y a pas avantage à adopter l'opération de Porro. (*The Brit. méd. J.* Avril 1889).

Dr R. LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 18 décembre 1888.

H. T. BOLDT : **Monstre fœtal sans corps.**

Cette pièce a été rendue par une femme, après son 6e enfant et avant l'arrière-faix ; elle avait un cordon inséré sur le bord du placenta du fœtus né un instant auparavant.

Elle ressemble à une tête à deux faces imparfaites, dont les yeux et les nez sont rudimentaires, et privées de bouches et d'oreilles. Elle présente quelques points d'ossification commençante.

E. H. GRANDIN demande qu'elle soit remise à l'anatomo-pathologiste de la Société, qui l'examinera complètement.

GILL WYLIE : **Abcès pérityphlique, laparotomie, guérison**. L'opération a été faite sur un homme.

WYLIE insiste sur la nécessité de rompre les adhérences dans les cas de péritonites et d'enlever le *sac* qui renferme le pus.

COE. **Gynécomastie** chez un jeune nègre très précoce dans son développement sexuel.

Dès 13 ans, il pratiquait le coït et se masturbait. La coïncidence des appétits sexuels avec le développement des mamelles est fort rare.

GILL WYLIE. **Kyste du ligament large ; laparotomie, trajet anormal de l'uretère.**

L'uretère droit, étendu à travers le bassin au-dessus du détroit supérieur, renfermait un calcul mûral gros comme le petit doigt.

HANKS a vu un cas de papillome ovarique où l'uretère était déplacé par la tumeur.

BUCKMASTER présente une **pile économique.**

PARTRIDGE : **Désordres rénaux pendant la grossesse, à propos de l'accouchement prématuré artificiel.** Mme R., a accouché 3 ans

avant de consulter Partridge et a présenté des symptômes d'urémie.

En octobre 1885, elle consulte Partridge, au 6e mois de sa grossesse. L'urine est rare, fortement albumineuse, et contient des cylindres hyalins. Les plèvres et le péricarde sont à moitié pleins de sérosité.

Elle avorta au bout de 48 heures, de jumeaux, et son état s'améliora aussitôt ; au printemps de 1887, elle devient grosse de nouveau. Un médecin distingué de New-York conseille l'accouchement prématuré, si l'albumine réapparaît et tend à augmenter dans l'urine.

L'albumine apparaît, puis disparaît, en août. Le 5 septembre elle est abondante et Partridge introduit une bougie dans l'utérus le 8. Le 9, il la réintroduit.

Mme R. accouche au bout de 23 heures. L'albuminurie disparaît au bout d'une semaine ; puis elle reparaît et Mme R. meurt au bout de 4 mois. Une autre malade eut de l'albuminurie et quelques mouvements convulsifs au moment de son premier accouchement. Enceinte de nouveau, depuis 6 mois, elle eut de l'albuminurie. Avortement spontané. Morphine et saignée.

Nouvelle grossesse en mars 1888. Dès le 1er août traces d'albumine. Le 9 septembre, l'albumine devient assez abondante et le 12 Partridge provoque l'accouchement ; la quantité d'albumine augmente. Convulsions, mort par urémie, au bout de 36 heures.

CAS III. — La malade a eu des convulsions urémiques à son premier accouchement. Au 3e mois de sa 2e grossesse elle avorta spontanément.

L'auteur a observé constamment que l'albumine augmente en quantité, et que les cylindres apparaissent dans l'urine, aussitôt que le travail commence. Il recommande, dans les cas de néphrite chronique, la provocation de l'avortement, *aussitôt qu'on a reconnu l'existence de la grossesse.*

Il est plus réservé dans les cas d'albuminurie simple, et, dit-il, chaque cas doit être considéré à part.

Il a provoqué l'accouchement, dans un cas récent, où l'albuminurie était accompagnée d'une jaunisse catarrhale.

MALCOLM MC LEAN, insiste sur l'hérédité, et il cite un cas d'épilepsie gravidique, sans albuminurie. Il provoqua l'accouchement, près du terme. L'enfant vécut.

Morrill croit que, avant de provoquer le travail (1), il faut tâcher d'améliorer l'état des reins.

J. H. Fruitnight provoquera le travail chez les femmes affectées de maladies des reins, et dont les grossesses précédentes auront été troublées. L'albuminurie seule ne justifie pas pour lui l'intervention.

Jewett. « Si les symptômes d'urémie ne cèdent pas à la diète lactée et aux autres remèdes, je provoque le travail, et il n'est pas plus dangereux, vu les précautions prises, que le travail à terme. » Sa méthode, appliquée avec les précautions antiseptiques, est l'introduction d'une bougie entre les membranes et la paroi utérine.

Il se loue beaucoup du veratrum viride « donné à une dose suffisante pour maintenir le pouls à 60, ou 70 ».

Robert A. Murray. Les cas où existe une hyperhémie réelle des reins sont le plus souvent des cas de primigravidité ; ceux où il y a néphrite chronique diffuse se rencontrent chez les pluri-gravides; dans ces derniers l'accouchement prématuré est fréquemment nécessaire.

La primigravide avorte souvent, avant que les symptômes urémiques se soient déclarés. Parfois, Murray en cite 4 cas observés en 5 ans, les malades sont urémiques et l'examen de l'urine ne révèle rien d'anormal. Les malades avortent ; mais la délivrance ne les améliore point, elles meurent urémiques.

Buckmaster a eu à se louer du veratrum, dans un cas.

Grandin croit que la grossesse aggrave la maladie rénale, et il le prouve par des cas. L'été dernier il a vu 27 cas d'albuminurie, survenus tous dans la grossesse, se terminer heureusement, à terme, grâce à la diète lactée absolue, le fer, la digitale et les bains chauds. Une seule des malades a eu des crises éclamptiques 4 ou 5 jours après l'accouchement. La quantité d'albumine a varié de 1 à 91 0/0 (volume, après la coagulation).

Janvrin ajoute l'autorité de son opinion à celles des préopinants.

Hanks indique les symptômes que nous devons signaler aux

(1) A dessein, j'écris *travail*, et non accouchement ou avortement, pour rendre plus exactement le mot, anglais *labour*, qui s'applique aussi bien à l'avortement qu'à l'accouchement. (A. C.)

femmes enceintes. L'excessive sensibilité au bruit, les troubles visuels, la torpeur intellectuelle, l'œdème des pieds, la céphalalgie gravative exigent l'examen de l'urine.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

Séance du 6 *décembre* 1888.

PRÉSIDENCE DE DRYSDALE

W. GOODELL. **Kyste intraligamenteux** récemment enlevé sans pénétrer dans le péritoine.

La malade a eu, à 18 ans, un kyste ovarique, enlevé par Schnetter, de New-York ; les règles coulaient par la cicatrice abdominale.

Schnetter comme Goodell, croit qu'une petite portion de la paroi du kyste a été laissée.

GOODELL présente aussi un **kyste ovarique** qu'il vient d'enlever et qui est d'un vert nécrotique très net.

Il présente encore les pièces d'une **grossesse extra-utérine**. La malade, mariée depuis 13 ans n'a jamais été enceinte. La laparotomie a été faite pour parer à un ensemble d'accidents : crises douloureuses violentes, hypogastriques, syncopes multiples, hémorrhagies répétées, etc.

Le 3 décembre l'opérée allait bien.

JOSEPH PRICE. **Maladies tubaires comme causes d'obstruction intestinale.** Dans plus de 15 cas sur 100, l'auteur a noté des adhérences solides entre les intestins et l'utérus et ses annexes, sans compter les tumeurs malignes, et, dans tous les cas, sauf un, l'inflammation, cause des adhérences, avait débuté dans les annexes. L'appendice vermiculaire est souvent fortement fixé aux annexes, et parfois l'intestin se déchire au niveau de ces adhérences. Il faut toujours, quand on fait la laparotomie, les rompre sous peine de laisser la malade sous l'imminence d'un danger réel.

W. GOODELL donne toujours un laxatif le 4e jour après l'ovariotomie ; autrefois il ne le prescrivait que le 8e jour, il croit que ce retard a causé la mort dans quelques cas où l'intestin se prend dans les adhérences et l'obstruction est complète.

BAER donne le laxatif le 3e jour ; jamais plus tard que le 4e. On

avait tort de donner de l'opium, comme on le faisait encore récemment.

W. L. Taylor. **Utérus fixé.** Alors que les malades se lèvent, on peut les croire guéries. Il n'en est rien, l'utérus peut encore se laisser prendre dans des adhérences, et se fixer en rétroflexion, déviation qui rend la femme stérile. Si la malade conçoit, l'utérus se videra bientôt, faute de pouvoir se développer. Les ovaires et les trompes ne servent plus qu'à faire souffrir la malade qui traîne une vie misérable. Les antiphlogistiques ont donné de bons résultats à Taylor. Le galvanisme et le massage diminueront la douleur.

T. Hewson Bradford. **Cas de gynécologie traités par l'électricité.**

Cas Ier. — Sténose du col : 6 applications. Au bout de 4 mois, la malade se considère comme guérie.

Cas II. — Antéflexion. 7 applications, entre le 6 et le 27 novembre. L'utérus demeure dans sa position normale.

Cas III. — Métrorrhagie ; règles toutes les 3 semaines, abondantes. La malade se dit guérie.

Cas IV. — Métrorrhagie, neuf applications, force du courant variant de 70 à 200 milliampères. La malade se dit guérie.

Cas V. — Dysménorrhée mécanique. Cavité utérine agrandie. La malade semble guérie.

Cas VI. — Hyperplasie, dysménorrhée, rétroflexion ; amélioration. On continue le traitement.

Cas VII. — Subinvolution. Électrode négative dans l'utérus. Guérison.

Cas VIII. — Prolapsus de l'ovaire gauche ; adhérences, dyspareunie. On a pensé à la laparotomie. Courants négatifs faibles. On continue le traitement.

Cas IX. — Myôme sous-muqueux, suppression des règles. Cautérisation négative et positive alternées. Le traitement continue ; la malade fait 9 kilom. 1/2 en omnibus après chaque application du courant.

Cas X. — Fibrome intra-pariétal. La douleur et les pertes purulentes ont cessé ; la tumeur a diminué d'un tiers. Le traitement continue.

Cas XI. — Gros fibrôme intra-pariétal et sous-péritonéal. La tumeur a diminué beaucoup. Le traitement continue.

G. Betton Massey a fait l'application des courants dans la clini-

que de Bradford, et il ajoute quelques détails sur les cas traités.

Hirst a grande confiance dans l'avenir de cet agent. Il a réussi dans un cas d'involution retardée, causée par des fibromes. Il cite la critique de L. Tait, qui a été à Paris pour apprendre la méthode d'Apostoli. Quand il y fut arrivé, et eut pris ses informations, il « refusa de voir Apostoli ». Cette conduite ressemble à celle de l'anglais qui fit le voyage des Indes Occidentales pour voir le lac de poix ; arrivé là, il y envoya son majordome à sa place.

J. Ch. Baldy ne se reconnaît pas compétent pour appliquer l'électricité, mais il étudie ce que font les autres.

Il n'a vu que des résultats négatifs à la clinique d'Apostoli. A l'hôpital de Pennsylvanie, les résultats n'ont pas été encourageants.

T. M. Drysdale. Il ne faut pas demander à l'électrisation plus qu'elle ne peut faire. Dans certaines formes d'hémorrhagie, rien ne peut la remplacer. Drysdale a vu des exsudations plastiques étendues disparaître grâce à elle. Il ne ponctionne pas les fibromes comme le fait Apostoli ; mais il ne réussit pas plus mal pour cela.

Un fibrome sous-muqueux gros comme une noix de coco, a complètement disparu, par l'application de cette méthode.

J. Price désire que chacun publie ses échecs, comme ses succès. La méthode à causé des accidents.

H. A. Kelly croit à son utilité dans certains cas, et se loue du massage.

B. F. Baer dit que le galvanisme à dose faible est un excellent stimulant dans les exsudations, mais est-il préférable à l'eau chaude, à l'iode et au massage ? En tout cas, son application exige de la patience, et les tumeurs ne diminuent que lentement de volume.

L'électrolyse ne peut être, pour lui, que la destruction d'un tissu par la séparation de ses éléments ; cette séparation exige un courant plus puissant que la prudence ne permet de l'employer.

Gorge E. Shœmaker. L'électrisation fait contracter les capillaires, et diminuer le volume des tumeurs vasculaires. On en a la preuve lorsque, pris d'un coryza, on s'électrise le nez, la muqueuse est bientôt sèche.

M. Price affirme que les adhérences de l'utérus sont trop résistantes pour pouvoir être détruites par l'électricité.

W. Goodell en a vu céder à l'iode associé à l'acide phénique et au chloral, aidés par le massage. L'électricité doit rendre des servi-

ces, elle a de l'avenir, mais il ne faut pas lui demander la guérison des abcès des trompes ou des ovaires. Elle ne peut guère faire disparaître des adhérences organisées; mais elle peut sans doute provoquer la résorption des adhérences récentes. C'est un agent admirable dans les fibromes qui s'accompagnent d'hémorrhagies profuses; mais il ne croit pas qu'elle puisse faire diminuer le volume des fibromes, à moins qu'on ne l'emploie d'une manière imprudente, qui fait courir à la malade plus de dangers que l'oophorectomie. Goodell connaît des cas de mort.

J. M. BALDY croit que nous avons des remèdes moins dangereux contre l'hémorrhagie et la douleur. La diminution qu'on a pu observer dans le volume des fibromes n'est pas durable, et d'autres agents la produisent aussi bien que l'électricité. « C'est le comble « de l'absurde que de parler de l'électricité comme supprimant les « adhérences organisées, sans supprimer aussi la malade ». Quant au massage, il serait impraticable dans les adhérences, la malade ne le supporterait pas, et quitterait son médecin.

J. PRICE constate que Chadwick, de Boston, ayant eu 2 cas de mort, a renoncé à l'électricité. La mortalité après la laparotomie faite par L. Tait, Keith, Bantock, Thornton, est moindre que celle que donne l'électrisation (1).

TAYLOR n'a guère fait l'électrisation que dans les dépôts pelviens, fort rarement dans l'antéflexion. Dans cette affection la dilatation rapide a agi plus promptement. Quant aux métrorrhagies, la curette réussit 70 fois sur 100. Il ne croit qu'en l'action électrolytique.

BRADFORD a employé l'électrisation dans un cas de papillome de l'ovaire, où la laparotomie seule pouvait être indiquée, la malade va mieux. Et, sur onze cas, où il y a eu recours, dix fois il y a eu amélioration.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON

Séance du 4 janvier 1889.

A. F. A. KING. **La position normale de la femme en travail,** pendant l'expulsion du fœtus.

King cite le cas d'une femme de 60 ans (!) qui, par ordre de son

(1) Il n'est que juste de dire que la méthode d'Apostoli en est à ses débuts. (A. C.)

médecin, resta 60 heures couchée, sans que le travail avançât Aussitôt qu'il lui permit de s'asseoir, elle accoucha.

Fordice Barker laisse le plus souvent la parturiente prendre la posture que son instinct lui fait désirer.

Reeves Jackson, croit que la position naturelle est l'accroupissement ou la position demi-couchée.

Schütz a laissé accoucher à leur guise 50 femmes ignorantes de la position usuelle. Elles ont pris les postures les plus variées. De même pour les 100 femmes observées par Cohen, par Baeren. L'instint ne leur dicte pas plus une position unique, qu'il ne le fait pour un homme pris de colique. La *colique* utérine comme toutes les coliques, a pour cause un corps à expulser, des vents, des calculs, un fœtus. On retrouve ces *coliques*, même dans la grossesse extra-utérine.

D'une manière générale, *il n'y a pas de bonne raison pour imposer une posture à une femme en travail*, pas plus qu'à un homme qui a une colique néphritique.

La parturiente aime à changer de posture, à moins qu'elle n'ait gardé longtemps la même; dans ce cas, le changement la fait souffrir, comme il arrive à chacun de nous de sentir une douleur dans les mouvements des muscles qui ont fait un violent effort prolongé, ou qui se sont engourdis dans une position longtemps maintenue.

Tant que la femme conserve la *même position*, la force expulsive conserve *la même direction*. Or le canal parturient n'est pas un cylindre parcouru par un piston. Le cas est différent de celui de la poule dont l'œuf a une forme régulière, elle reste dans la même position, jusqu'au moment où l'œuf va sortir, alors, elle se redresse et se tient droite sur ses pattes. Quand nous voulons engager une vis dans un écrou, si nous voyons qu'elle n'avance pas, nous changeons instinctivement sa position, jusqu'à ce que l'écrou avance.

Nous devons donc permettre aux parturientes de ne pas demeurer exactement dans la même position.

King conclut qu'il n'y a pas *une* unique posture pour l'accouchement, et qu'il est utile de changer la position de la parturiente lorsqu'elle le désire vivement, et que le fœtus ne progresse pas, et que des recherches nouvelles doivent être faites sur ce sujet.

Busey discute les assertions de King. La place me fait défaut pour résumer ces arguments.

Discussion : Fry, H. L. E. Johnson.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI

Séance du 13 décembre 1888.

BYRON STANTON. **Placenta prævia.** — Le seul traitement prophylactique est la provocation de l'accouchement prématuré ; l'hémor rhagie ne se produit guère avant l'époque où le fœtus est viable, et il court moins de danger du fait de son immaturité que du fait de l'hémorrhagie. Comme la provocation de l'accouchement prématuré écarte de la mère de grands dangers, on doit la faire dans le dernier mois de toute grossesse compliquée d'insertion vicieuse.

Cas Ier. — Tamponnement ; les douleurs se produisent bientôt ; après le replacement du tampon, le travail se déclare, et l'utérus chasse le tampon et un fœtus petit, mort. La malade était primipare.

Cas II. — *Insertion marginale*, douleurs faibles, forceps. Enfant vivant.

Cas III. — Le tamponnement du vagin fit naître des douleurs, et Stanton fit la version. Enfant vivant. Les 3 femmes se sont rétablies.

Stanton recommande le tampon et la version.

MC COMAS, d'Oakland, ayant souvent de grandes distances à franchir pour se rendre auprès de ses malades, trouve les choses fort avancées quand il arrive et est obligé d'agir promptement ; il fait la version aussitôt que possible, et n'a jamais perdu une mère.

G. ZINKE fait remarquer que le traitement doit varier avec les conditions de chaque cas. Au tampon, il préfère le *détachement concentrique* de Barnes.

Il a perdu une femme à laquelle il a fait le détachement forcé du placenta, et l'application du tampon. Le col et le vagin étaient déchirés. « Le tampon a plutôt une tendance à augmenter la perte, » mais il aide à la dilatation. Il désapprouve l'accouchement rapide.

Reamy avait coutume de dire qu'un caillot enfermé dans l'utérus cause l'hémorrhagie. « Enlevez le caillot, disait-il, la perte s'arrêtera ».

REAMY explique qu'il faisait cette recommandation dans les cas de pertes *post-partum*.

CLEVELAND croit que le détachement artificiel du placenta risque autant que le tampon de causer la septicémie.

WHITE. La morphine arrête la perte en suspendant les contractions.

REAMY. Le tampon, pour être utile, doit pénétrer dans le col. Le meilleur dilatateur est le sac hydrostatique.

TAYLOR. Barnes avait bien raison de dire. « Ce qui sauve la mère sauve aussi l'enfant ». On n'a pas attaché une importance suffisante à la vie de l'enfant.

Il est partisan de la provocation de l'accouchement. à la fin de la grossesse.

ISHAM, MC COMAS, WENNING, HALL et G. S. MITCHELS ajoutent quelques remarques.

(Résumé, d'après l'*Am. J. of obst.* Mai 1889, p. 503 à 544, par A. CORDES.)

REVUE DES JOURNAUX

De la rétention du placenta après les accouchements d'enfants à terme ou près du terme. (Die Ursachen der Placentarretentionen nach Geburten reifer oder nahezu reifer Früchte), F. Ahlfeld. Dans le dernier numéro des « *Annales* » nous avons donné une analyse, assez longue, d'un travail, fort intéressant, de Freund « *De la rétention du placenta par rétrécissement de l'anneau de contraction* », travail qui était accompagné de la relation circonstanciée de 7 observations personnelles. Nous rappellerons simplement que, dans ce travail, l'auteur introduit, dans le cadre des conditions étiologiques de la rétention du placenta généralement admises (tiraillements intempestifs sur le cordon, ergot de seigle, adhérences placentaires, écoulement prématuré des eaux, endométrite...), un facteur nouveau, savoir : l'ANTÉFLEXION EXAGÉRÉE (congénitale et acquise) DE LA MATRICE, caractérisée par une étroitesse insolite dans la région de l'orifice interne, une rigidité anormale de la paroi utérine, *et surtout, une tendance très marquée de l'organe à reprendre, immédiatement après la sortie de l'enfant, sa disposition antérieure.*

A son tour Ahlfeld, dans le même journal que Freund, et dans le numéro suivant, étudie, dans un mémoire remis pour l'impression avant l'apparition de celui de son éminent confrère, d'une manière plus générale et en s'appuyant sur 13 observations personnelles, l'étiologie de la rétention du placenta. Il est intéressant de rapprocher ces deux mémoires, qui traitent d'un des points les plus importants de la pratique obstétricale, et de mettre en regard les observations et les opinions de ces auteurs si avantageusement connus.

Voici les observations, très résumées, d'Ahlfeld.

1) II pare, placenta prævia, procidence du cordon, traitement de la délivrance, suivant la méthode de l'expectation. Après une heure 10 minutes d'attente, le délivre n'étant pas expulsé, et des hémorrhagies se produisant, tentatives réitérées d'expression placentaire. Echec. A l'exploration directe, Ahlfeld constate *une telle rétraction du canal de la parturition au-dessous du placenta, que celui-ci est encore complètement dans la cavité utérine.* Extraction manuelle. Suites de couches fébriles, la température monta jusqu'à 38°,5. *Exeat*, le 22e jour après l'accouchement. Il n'est pas noté s'il existait ou non des adhérences placentaires.

2) II pare, insertion élevée du placenta, accouchement normal, traitement de la délivrance, d'abord par la méthode expectante. Par suite d'hémorrhagie, tentatives réitérées d'expression placentaire, insuccès. L'*orifice interne s'était rétracté, et constituait un anneau tellement étroit qu'il admettait à peine deux doigts*. Extraction manuelle de l'arrière-faix. *La résistance de l'anneau opposa un obstacle insignifiant à la main de l'opérateur*. Il y avait incarcération et adhérences légères du placenta. Lavages chauds et phéniqués à 2 p. 0/0. Suites de couches apyrétiques.

3) II pare. Accouchement prolongé avec *écoulement prématuré des eaux*. Expulsion précipitée de l'enfant à travers l'orifice externe. A cause d'accidents hémorrhagiques, massage. Tentatives *prématurées* d'expression placentaire, suivies d'insuccès. Extraction manuelle. *Orifice externe fortement contracté*. Adhérences insignifiantes. Suites de couches apyrétiques.

4) IIpare. *Syphilis ancienne*. Insertion élevée du placenta. Accouchement normal. Par suite d'hémorrhagie, massage. Expression placentaire suivie d'échec. Extraction manuelle. L'orifice

externe, qui s'était reformé, mesurait 5 centim. de diamètre. Il fallut *énucléer* le placenta qui n'était qu'en partie décollé. Suites de couches apyrétiques.

5) Ipare. Placenta inséré au fond et sur la paroi postérieure de la matrice. Eclampsie. Forceps. 10 minutes après l'accouchement, hémorrhagie considérable. Massage impuissant à accélérer la contraction de l'utérus. Tentatives d'expression placentaires infructueuses. Extraction manuelle. La partie centrale était décollée, les bords adhérents. Injections froides avec une solution de sublimé à 3 p. 1000. Suites de couches compliquées de pyrexie légère.

6) Ipare. Insertion sur le fond et la paroi postérieure de l'utérus. Terminaison de l'accouchement par une application de forceps. En raison d'une hémorrhagie peu abondante, injections vaginales froides. Tentatives d'expression placentaire infructueuses. *Rétention simple par incarcération.* Extraction manuelle. *Suites de couches compliquées de pyrexie légère.*

7) Ipare. Insertion moyenne. Accouchement normal. Lavages froids à l'orifice vaginal en raison de lésions hémorrhagipares à ce niveau. Accès de toux provoque de nouvelles pertes de sang, tentatives d'expression infructueuses. *Contracture du col.* Extraction manuelle aisée, pas d'adhérences morbides. *Fièvre légère durant les suites de couches.*

8) Ipare. Placenta prævia. Accouchement spontané. D'abord méthode expectante. Par suite d'hémorrhagie, expression placentaire, qui réussit à expulser la plus grande partie du placenta. mais, *une petite portion de l'arrière restait solidement adhérente au-dessus de l'orifice interne.* Il fallut la décortiquer. *Pyrexie légère durant les suites de couches.*

9) VIII pare. Placenta prævia. Version suivant B. Hicks. Extraction progressive de l'enfant. D'abord, méthode expectante. En raison d'une incarcération complète du délivre, extraction manuelle. L'arrière-faix était en partie décollé, mais une *petite portion était solidement adhérente*, et il fallut la décortiquer avec l'ongle. Fièvre légère durant les suites de couches.

10) I pare. Insertion du placenta vers la région moyenne du corps de l'utérus. Rein gravidique, albumine. Accouchement normal. Par suite d'hémorrhagie abondante, expression placentaire infructueuse. Au bout de 1 heure 15 minutes, le placenta est expulsé, *sauf une petite portion qui reste adhérente dans l'utérus.* La



matrice est descendue si bas, à la vulve, qu'on aperçoit l'*orifice utérin contracté.* Avec deux doigts, introduits facilement dans l'utérus, on décolle la portion restée adhérente. Suites de couches prolongées, fébriles. Thrombose. Guérison.

11) I pare. — Accouchement prolongé, l'enfant venant par l'exmité pelvienne. Tête fœtale retenue par une contracture du col. Délivrance. A cause d'une hémorrhagie, tentatives prématurées d'expression placentaire, infructueuses. *Incarcération simple du placenta. Le canal cervical contracté* mesure au moins 9 cent. Toutefois ce canal n'opposa aucune résistance à la main de l'accoucheur. *Extraction manuelle*, par tractions sur la portion du délivre qui se présentait. Suites apyrétiques.

12) I pare. — Syphilis, fœtus macéré. Tentatives d'expression placentaire, qui expulsent dans le vagin la masse principale du placenta. Mais une *portion reste dans la matrice, adhérente à la paroi antérieure;* décollement manuel, *sauf quelques débris qui restent adhérents.* Fièvre modérée.

13) III pare. — Accouchement prématuré, à cause d'un rétrécissement considérable du bassin. Introduction, par le médecin ordinaire, d'une bougie. *Il semble, d'après les constatations relevées à la nécropsie, que* LE MÉDECIN AIT, DANS CETTE MANŒUVRE, PERFORÉ LA PAROI POSTÉRIEURE DU COL (1). Quand la femme entra à l'hôpital, il y avait déjà de la tympanite utérine. Expulsion d'un enfant présentant de l'emphysème cutané. Peu après l'accouchement, tentatives d'expression placentaire infructueuses. *Le placenta était étroitement adhérent dans toute son étendue.* Il

(1) A cause de sa simplicité, de la facilité que l'on a d'assurer l'asepsie de l'instrument, et des résultats obtenus, la méthode de Krause a été adoptée par beaucoup d'accoucheurs. Également frappé des avantages de ce procédé, le professeur Pajot a même fait une leçon, que nous avons publiée à cette époque, dans les *Annales de gynécologie*, mars 1885, p. 161. *De l'inutilité des instruments spéciaux pour la provocation de l'accouchement.* Le professeur Pajot se basait sur une série de 15 cas, observés à la clinique d'accouchements, et dans lequel la méthode s'était montrée excellente. Je crois qu'à cette époque, on n'avait encore eu à imputer au procédé de Krause, appliqué suivant les règles d'une antiseptie rigoureuse, aucune conséquence grave du fait de son emploi, et que même, à l'heure actuelle, ce fait d'Ahlfeld reste absolument isolé. Il est clair, néanmoins qu'il a tous droits à être signalé. (R. L.)

fallut décoller morceau par morceau. *Mort*, le 4e jour, par péritonite septique, malgré toutes les précautions antiseptiques.

Suivant le dire de cette femme, *il avait fallu, dans tous les accouchements antérieurs, décoller également le placenta.*

Un médecin confirma l'exactitude de ces renseignements.

Telles sont les observations recueillies par Ahlfeld, et voici, en résumé, les réflexions qu'elles lui suggèrent.

Il y a deux modes de rétention : A) *rétention simple*, par rétrécissement du canal de la parturition au-dessous du placenta, celui-ci étant décollé ; B) *par adhérences placentaires.*

A) *Rétention simple.* — Le siège du rétrécissement, cause de la rétention,peut se trouver en n'importe quel point de l'utérus, l'anneau de contraction y compris jusqu'à l'orifice externe. (Cela pourra sembler quelque peu discutable à ceux qui dénient au segment inférieur et au col le pouvoir de se contracter. Mais, les faits cliniques sont concluants.)

Que dans d'autres conditions le col et l'orifice externe puissent opposer une grande résistance à la progression de l'œuf, les cas d'agglutination de l'orifice externe prouvent le fait. Or, ces cas ont avec les observations précédentes un caractère commun : si une pression, agissant de haut en bas, n'arrive pas à détendre les parties rétractées ; au contraire, on réussit à vaincre, et aisément, la coarctation, quand on agit sur elle de bas en haut.

Étiologie de ces coarctations. — A bien considérer ce qui se passe, on est forcément conduit à admettre, quand il s'agit de rétention simple du placenta parfaitement décollé, l'influence d'une excitation du tissu contractile de l'utérus, influence qui entre en jeu avant l'accouchement ou immédiatement après la sortie de l'enfant. Sans quoi, on devrait trouver toujours le délivre dans la portion inférieure de l'utérus ou déjà engagé dans le vagin (parmi les agents de cette excitation, signalons : forceps, surtout quand il y a éclampsie ; expulsion précipitée de la tête à travers un orifice non encore complètement dilaté, emploi intempestif d'irrigations vaginales chaudes ou froides).

B. *Rétention par adhérences.* — Parmi les facteurs étiologiques, le placenta *prævia.* Dans ces cas, les adhérences résultent de phénomènes de placentite, de phlegmasie et d'altérations anatomiques de la caduque, consécutives à la pénétration par le col d'agents pathogènes dans le placenta inséré bas. Ce processus se

produirait dans les derniers mois de la grossesse. En outre, il existe des éléments cellulaires pathogènes, qui amènent les altérations anatomiques, point de départ des adhérences, ainsi dans la syphilis. De même les faits cliniques montrent que les processus qui conduisent au décollement prématuré du placenta, favorisent la production d'adhérences. Enfin, il faut accorder un rôle étiologique *au rein gravidique*, qui, indépendamment de certaines lésions placentaires, détermine des modifications anatomiques qui entraînent des adhérences de l'arrière-faix. (*Zeits. f. Geb. u. Gynäk.*, XVI Bd. Heft 1.)

Contribution à l'étude de l'étiologie et du traitement de la coccyodinie. (Ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie der Coccygodinie.) GRAEFE. — Il importe de faire un diagnostic exact du siège de la douleur. On a une trop grande tendance à admettre, comme étiologie des phénomènes douloureux observés au niveau de la région coccygienne, un traumatisme; par exemple, un accouchement prolongé. D'autre part, il ne faut pas non plus se hâter de rapporter ces phénomènes douloureux à des lésions d'ordre inflammatoire, il s'agit la plupart du temps de pures névralgies. Et cela, les faits cliniques, aussi bien que les résultats rapides souvent obtenus par le traitement électrique, le démontrent. L'auteur cite 6 observations personnelles très démonstratives, et formule les conclusions qui suivent :

1° La coccyodonie qui s'établit durant les suites de couches, n'est pas, aussi souvent qu'on le professe, la conséquence d'un traumatisme, qui, au cours de l'accouchement, aurait intéressé le coccyx.

2° Il faut, en conséquence, rechercher moins souvent l'origine de cette coccyodinie, dans une affection locale du coccyx, ou de son articulation, que dans des modifications imprimées aux nerfs sacrés et coccygiens, modifications qui, en beaucoup de cas, se produisent déjà pendant la grossesse, et la plupart du temps durant les suites de couches. Pour assurer le diagnostic, pour bien démontrer qu'il existe réellement une affection du coccyx, il ne suffit pas d'exercer des pressions latérales sur l'os, de faire exécuter des mouvements aux extrémités inférieures, etc., il faut, de l'extérieur, du rectum ou du vagin, fixer le coccyx, et de cette manière explorer la sensibilité de cet os et de ses articulations.

3° Avant d'entreprendre tout autre traitement, surtout chirurgical, il convient de recourir à l'électricité faradique.

4° Le courant faradique, quand on a affaire, ce qui est l'ordinaire, à une simple névralgie, procure, en général, une guérison rapide et définitive.

En terminant cette analyse, nous ferons la remarque que si, en effet, on invoque généralement les traumatismes subis par le coccyx durant le travail de l'accouchement, on sait que la coccyodinie peut reconnaître d'autres causes. Ainsi, Courty dit : « Hörschllmann l'a vue chez deux enfants de quatre à cinq ans, et je l'ai constatée chez une fille de vingt et un an qui était vierge.... On a signalé avec raison l'influence du refroidissement de la partie sur le développement de cette sorte de névralgie ». Il signale les bons résultats qu'il a obtenus de l'emploi du vésicatoire morphiné. Quant au diagnostic de la coccyodinie, voici ce qu'en disent Hart et Barbourt : « *par la pression digitale, directe, sur le coccyx et par le toucher rectal, le siège et la nature de la douleur sont diagnostiqués* ». (Zeit. f. Geb. und. Gynäk. Bd XV. Hft 2, 1888.)

Contribution à l'étude du mécanisme de l'accouchement dans les présentations du sommet. (Beiträge zum Mechanismus der Geburt bei Schädellagen.) SUTUGIN (Moscou). — L'auteur a déjà publié, en 1875, les résultats qu'il a obtenus dans un grand nombre de recherches (660 femmes ont été examinées), faites pour déterminer la position du dos du fœtus pendant la grossesse et l'accouchement. Ces résultats, qui sont en désaccord avec les opinions généralement admises, il les a contrôlés et confirmés par de nouvelles observations. Durant la grossesse, quelle que soit la position générale du dos, dirigé à gauche ou à droite, par exemple O.I.G.A. ou O.I.D.P., *le dos est, dans la plupart des cas, tourné en arrière.* Survient-il un changement de position, cette mutation s'opère le plus souvent, contrairement à l'avis de Schultze, le long de la paroi utérine postérieure. Ainsi, une O.I.D.P. se transforme en une O.I.G.P. ou O.I.G.A. grâce à un mouvement de rotation dans lequel le dos du fœtus double, pour ainsi dire, la paroi utérine postérieure. Au début de l'accouchement, qu'il s'agisse d'une première ou d'une deuxième présentation du sommet, le dos est dirigé latéralement, et même un peu en arrière. Si l'on a affaire à

une 4e position (O.I.G.P.), celle-ci, un peu plus tôt ou un peu plus tard, se transforme en une première position, parce que le bord gauche de l'utérus est en général plus tourné en avant que le droit. Si ces notions sont admises, il en découle que les 3e et 4e positions ne créent rien de nouveau dans le mécanisme de l'accouchement, elles en représentent seulement une sorte de temps intermédiaire. Indépendamment de l'intérêt scientifique que présentent ces recherches, elles en ont un pratique : celui de faciliter la recherche des pieds, dans les présentations du sommet, quand la version est nécessaire, et que la palpation n'a pu fournir à ce sujet des renseignements assez précis. (*Samml. Klin. Vort.*, 1889, n° 310.)

Dr R. LABUSQUIÈRE.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

D'un nouvel appareil mécanique destiné à réaliser les tractions suivant l'axe pelvien. (Di un nuovo apparecchio meccanico destinato a realizzare la trazione nell'asse pelvico). — E. PITTARELLI.

Du traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli. — Dr DELÉTANG (Nantes).

Fibromes utérins, leur traitement par l'électrolyse (méthode d'Apostoli). — F. LA TORRE.

Ce qu'on appelle le « Varicocèle » chez la femme. (So-Called « Varicocele » in the female). — H. COE.

Die neuesten Ergebnisse des conservativen Kaiserschnittes mit Uterusnaht, par P. CARUSO. — Leipzig.

Twelve Months of abdominal and vaginal section, par H. BYFORD. — Chicago.

Le gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XXXI

Janvier à Juin 1889

U

V

W

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME XXXI

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXXII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris........................	18 francs.
Pour les départements..............	20 —
Pour l'Europe......................	22 —
Pour les États-Unis d'Amérique.....	23 —
Pour les autres parties du monde...	25 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 80, rue Miromesnil, pour la partie gynécologique; à M. le Dr VARNIER, 11, rue Roquépine, pour la partie obstétricale ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, PINARD, LEBLOND

Rédacteurs en chef :

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XXXII

Contenant des travaux de MM.

BATAILLARD, BROCA (A.), DELBET. DMITRI DE OTT, HARTMANN, HERRGOTT, MANTEL, PINARD, POTOCKI, REBOUL, RIBEMONT-DESSAIGNES, RICHELOT, ROLLIN, SCHULTZE, TAYLOR, TERRILLON, TILLAUX, TUFFIER, VARNIER.

1889

(2e SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1889

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1889

TRAVAUX ORIGINAUX

HOTEL-DIEU. — SERVICE DE M. TILLAUX

UTÉRUS KYSTIQUE — HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

Messieurs, je vous présente des pièces anatomiques provenant d'une femme que j'ai opérée dans notre salle réservée aux grandes opérations abdominales. Je vous exprime de nouveau mon vif regret de ne pouvoir vous rendre témoins de cette chirurgie si intéressante, mais le salut des malades est trop directement en jeu pour que je me croie autorisé à pratiquer ces opérations dans notre amphithéâtre habituel.

Vous pouvez constater qu'il s'agit d'une énorme tumeur (elle pesait environ 21 kilogr.) en partie solide, et kystique dans sa plus grande étendue.

Nous nous sommes trouvés, je pense, en présence d'un cas tout à fait exceptionnel; aussi, bien que l'ablation des tumeurs abdominales soit devenue de nos jours un fait relativement banal, je désire néanmoins appeler votre attention sur une observation dont je n'ai pas jusqu'ici rencontré d'exemple.

La nommée A. C., était âgée de 62 ans, circonstance plutôt défavorable à une intervention chirurgicale, mais qui ne commande cependant pas l'abstention.

Réglée jusqu'à l'âge de 50 ans, cette femme a toujours joui d'une santé excellente : jamais de leucorrhée, ni de métrorrhagies. Mariée il y a 40 ans, elle n'a pas eu d'enfants.

Remarquez le détail suivant dont vous reconnaîtrez plus loin l'importance : la malade faisait remonter le début de sa tumeur à 20 ans. Elle s'aperçut à cette époque, sans cause appréciable, sans douleur, sans troubles physiologiques, que son ventre grossissait, qu'il était plus pesant dans la marche ; mais elle n'y prêta pas d'autre attention et continua son état de blanchisseuse. Cependant le ventre subissant un développement continu atteignit peu à peu un volume énorme et dans ces derniers temps, le travail devint impossible en raison, non des douleurs, mais de la fatigue extrême qui survenait presque tout de suite.

La malade fit l'objet de l'une de nos leçons techniques auprès de son lit, et vous vous rappelez sans doute qu'après un examen approfondi, nous portâmes le diagnostic de kyste multiloculaire de l'ovaire. La tumeur était en effet inégale, irrégulière, légèrement bosselée à sa surface, très fluctuante en certains points, d'apparence presque solide dans d'autres. Le péritoine ne contenait pas de liquide ; la paroi abdominale surdistendue était très amincie. Les culs-de-sac vaginaux étaient libres. Les membres inférieurs étaient secs. Sauf la tumeur allant du pubis au diaphragme, la malade offrait l'aspect d'une femme bien portante.

Je n'hésitai donc pas à formuler le diagnostic de kyste multiloculaire de l'ovaire, et vous fis même remarquer qu'en raison des signes précédents nous pouvions considérer ce cas comme type. Cependant un caractère de la maladie m'étonnait, c'était la durée. La malade, fort intelligente, était très précise dans son récit : le début remontait bien à 20 ans.

Comment un kyste multiloculaire de l'ovaire avait-il pu durer aussi longtemps sans compromettre la vie de la femme, sans déterminer la cachexie ovarienne ? L'expérience de chaque jour nous démontre que les kystes multiloculaires permettent à peine quelques années d'existence, et qu'arri-

vés à un certain volume, ils entraînent fatalement et rapidement la mort. Devant l'impossibilité de formuler un autre diagnostic rationnel, basé sur les signes observés, je passai outre, admettant un cas exceptionnel.

La malade réclamant instamment une intervention, je l'opérai le 3 avril en présence de mon collègue Dumontpallier qui me l'avait adressée.

Nous rencontrâmes un péritoine très épais, adhérent à la masse et c'est avec quelque difficulté que nous pûmes mettre à découvert une certaine étendue de celle-ci. L'aspect de la tumeur fit naître immédiatement quelques doutes dans mon esprit. La surface extérieure d'un kyste est en général d'un blanc mat, grisâtre, ressemblant à une aponévrose un peu terne; celle d'un fibrome est également blanche, mais d'une blancheur plus brillante, plus éclatante. Dans les deux cas, on n'observe pas de fibres affectant une direction déterminée. Que voyions-nous au contraire ? une surface un peu rougeâtre, avec des fibres dirigées dans le sens vertical : or c'est là le caractère de l'utérus distendu : Est-ce que la masse contenue dans l'abdomen serait constituée par l'utérus lui-même? nous nous posâmes tout de suite cette question avec une certaine inquiétude. Cependant nous poursuivîmes l'opération comme s'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire et pratiquâmes avec le gros trocart ordinaire une ponction à la partie moyenne de l'incision abdominale. Il s'écoula huit litres environ d'un liquide brun foncé. Mais le reste de la tumeur était solide, remplissait encore toute la cavité abdominale et plongeait dans le petit bassin. Nous procédâmes au décollement, en rompant de nombreuses adhérences péritonéales de la paroi antérieure soit avec les doigts, soit en les sectionnant entre deux ligatures.

La masse ainsi dégagée put subir un mouvement de bascule de haut en bas et nous constatâmes alors une adhérence intime de sa face postérieure avec une partie du côlon ascendant et tout le côlon transverse.

Ces viscères furent peu à peu libérés et il nous fut possi-

ble d'attirer la tumeur entière au dehors : nous pûmes alors nous convaincre qu'elle se continuait en bas avec l'utérus. Il s'agissait donc d'une tumeur de l'utérus et non de l'ovaire ainsi que je l'avais pensé et nons nous comportâmes ensuite comme il est d'usage dans l'hystérectomie abdominale.

Le pédicule mesurait toute la largeur du détroit supérieur du bassin. Après m'être préalablement assuré de la situation de la vessie, je transperçai ce pédicule avec deux broches en fil de fer placées en croix et entre les deux une forte constriction fut établie à l'aide d'un lien de caoutchouc dont les deux extrémités furent fixées à l'aide de l'instrument ingénieux imaginé dans ce but par M. Mariaud.

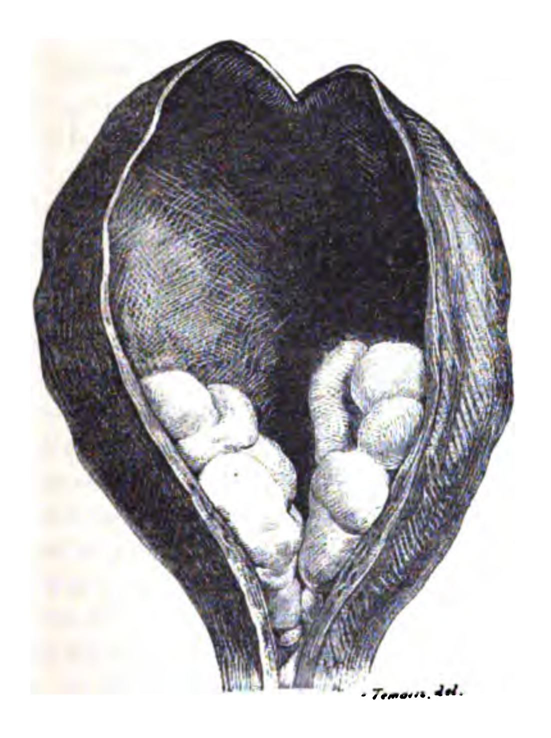
La tumenr fut ensuite enlevée, le péritoine lavé largement avec l'eau filtrée bouillie à 45° et la plaie abdominale refermée en laissant bien entendu le pédicule au dehors,

Voici la description de la tumeur dont un schema au tableau vous rendra exactement compte (voir le dessin joint à cette observation).

Elle est lisse, régulière, ovoïde et présente exactement la forme d'un utérus gravide. Après l'avoir ouverte dans toute sa hauteur, on constate qu'elle est constituée par l'utérus lui-même démesurément distendu et dont les parois sont hypertrophiées. La cavité est formée de deux portions distinctes : l'une supérieure, affaissée qui contenait le liquide extrait au cours de l'opération ; l'autre inférieure constituée par une masse solide, de nature fibreuse remplissant exactement la cavité utérine. Cette masse séparait le col utérin de la poche supérieure, si bien que cette dernière se trouvait complètement isolée et ne pouvait déverser son contenu au dehors.

Je ne vois pas pour désigner cette affection de meilleur nom que celui d'*utérus kystique*, ce qu'il ne faut pas confondre avec les fibromes kystiques de la matrice. La transformation kystique des fibromes sans être très commune, n'est cependant pas absolument rare, mais il ne s'agit pas de cela dans notre cas. La masse entière était bien consti-

tuée par l'utérus distendu comme dans une grossesse ou une hydramnios et l'expression d'hydrométrie pourrait s'y appliquer, bien que je préfère la dénomination précédente en raison de la ressemblance si grande que la tumeur présentait avec un kyste multiloculaire de l'ovaire. Nous pouvons constater sur la figure que la paroi utérine était très hypertro-



phiée dans toute la portion correspondant aux fibromes (4 centimètres d'épaisseur) tandis qu'elle était fort amincie dans la partie supérieure.

Aurions-nous pu éviter l'erreur ? L'exploration abdominale, le toucher utérin ne fournissaient aucun signe ; l'indolence si prolongée (20 ans) de la tumeur aurait été seule de nature à nous faire rejeter l'hypothèse d'un kyste multiloculaire de l'ovaire.

Les suites de cette grosse opération ont été assez intéressantes pour que je doive vous les signaler.

La malade (je vous rappelle qu'elle était âgée de 62 ans) était très abattue et deux injections d'éther furent nécessaires pour la ranimer.

La journée est calme; le soir, grande agitation, piqûre de morphine.

5 avril. La malade va bien, ne souffre pas ; soif vive. T. 37°,6, le matin, 38°,5 le soir. Elle urine seule.

Le 6. État satisfaisant. T. 37°,6 le matin, 38,4 le soir, soif extrême, lait et champagne additionné d'eau. Elle ne rend pas de gaz par l'anus malgré l'application de la sonde.

Le 7. Même état. T. 37°,8 matin, 38°,2 le soir.

Le 8. Temp. 37°,8 le matin, 38°,8 le soir, la journée a été plus agitée, la malade se plaint de coliques, un lavement est administré sans résultat.

Nous étions arrivés au 5e jour et les suites opératoires avaient présenté une marche des plus régulières ; j'insiste sur ce fait qu'il n'y avait eu ni douleurs dans le ventre, ni ballonnement, ni vomissements. Or, dans le cours du 5e jour, nous constatons qu'il se dégage du pansement une odeur désagréable et nous le refaisons pour la première fois. Le pédicule est baigné d'un liquide verdâtre exhalant une odeur fécaloïde. Je ne puis croire tout d'abord à une perforation intestinale mais nous ne tardons pas à voir des gaz et des matières s'échapper vers la partie supérieure du pédicule. Que s'était-il donc passé ? J'étais certain de n'avoir pas ouvert l'intestin pendant l'opération et d'ailleurs, dans cette hypothèse, comme je n'avais fait aucune suture, une péritonite mortelle n'aurait pas tardé à éclater. Avais-je embroché une anse d'intestin en même temps que le pédicule ? C'eût été à la rigueur possible, étant donné la complication du cas et bien que j'aie évidemment pris la plus grande attention pour éviter cet accident. Une anse intestinale aurait-elle été saisie dans le lien élastique ? mais dans ces deux éventualités la malade eût éprouvé rapidement les phénomènes de la per-

foration ou de l'occlusion intestinale ; or à part l'absence d'émission des gaz, ce qui est d'ailleurs un phénomène ordinaire à la suite de l'ovariotomie même le plus simple, la malade n'avait pas présenté, je le répète, le moindre retentissement péritonéal ; la fistule stercorale s'était établie d'une façon insidieuse, et ce qui prouve bien qu'il n'y avait pas d'occlusion de l'intestin, c'est que le 13 avril, c'est-à-dire 4 jours après l'établissement de la fistule, la malade rendit par l'anus une abondante selle.

Voici, sans aucun doute l'explication du phénomène et si j'y insiste, c'est que nous en pourrons peut-être tirer quelque conséquence utile au point de vue opératoire.

J'ai dit plus haut que le côlon transverse avait dû être séparé de la face postérieure de la tumeur, mais il était évidemment resté dans le voisinage, au contact même du pédicule, car je n'avais dégagé l'intestin qu'autant que cela m'était nécessaire pour introduire les broches sans danger. D'autre part, le pédicule était très large, je l'avais fait saillir fortement au-dessus du détroit supérieur, et ne prenant d'autre limite que celle de la vessie, j'avais plongé les broches aussi bas que possible, afin d'extraire la totalité de la tumeur. Les choses étant ensuite abandonnées à elles-mêmes, le pédicule se rétracta vers la cavité pelvienne, entraînant avec lui les broches qui s'enfoncèrent dans la paroi abdominale, au point d'ulcérer cette dernière dans toute son épaisseur. Or il n'est pas douteux que l'intestin n'ait été attiré contre la broche et ne se soit peu à peu ulcéré par pression.

La conséquence pratique à tirer de cette complication est qu'il faudrait dans un cas analogue, repousser l'intestin aussi haut que possible et replier fortement les broches de manière à en relever les extrémités.

L'ulcération de l'intestin produite par ce mécanisme fut d'abord très limitée et ne livra passage qu'à des gaz et un peu de liquide ; le cours des matières n'était pas interrompu puisque la malade en rendit par l'anus. L'adhérence qui s'était tout d'abord établie entre la surface du pédicule et celle de

l'intestin avait été suffisante pour protéger la cavité péritonéale ; mais l'ulcération s'agrandit peu à peu et bientôt les matières fécales s'écoulèrent en totalité par la plaie abdominale.

Cependant, malgré cette pénible complication, l'état général de la malade resta très satisfaisant et le pédicule se détacha de lui-même le 19e jour en laissant à sa place une large cavité paraissant pénétrer jusqu'au fond de l'excavation pelvienne.

A partir de ce moment, les matières fécales sortirent par la plaie en grande abondance et parfaitement moulées, circonstance qui démontre encore la réalité de l'hypothèse relative à l'ulcération du gros intestin par l'une des broches.

La place occupée par le pédicule s'est peu à peu resserrée et il n'est plus resté qu'une fistule stercorale. La santé de la malade est redevenue sensiblement normale. Pendant environ deux mois, les matières fécales sont sorties en totalité par la plaie abdominale au grand désespoir de la malade qui en était presque arrivée à regretter l'état antérieur à l'opération. Le 7 juin, elles ont commencé à reprendre la voie normale et nous sommes en droit d'espérer une guérison spontanée. Si cette heureuse éventualité tarde à se produire, une nouvelle opération sera nécessaire pour obtenir l'occlusion complète de la fistule.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MACÉRATION CHEZ LE FŒTUS VIVANT

Par le Dr **A. Ribemont-Dessaignes**,

Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, Accoucheur de l'Hôpital Beaujon.

On connaît bien aujourd'hui les altérations macroscopiques ainsi que les modifications histologiques des tissus du fœtus, lorsque, après sa mort, celui-ci est retenu un certain temps dans la cavité close de l'œuf.

Lempereur (1), Sentex (2), Ruge (3), etc., etc., ont complètement étudié la nature et l'ordre d'apparition des phénomènes de dégénérescence à l'ensemble desquels on a donné le nom de macération. Ils ont en outre cherché à préciser l'époque où se voient les premiers signes extérieurs de cette macération. Le décollement de l'épiderme, son soulèvement sous forme de phlyctènes qui se forment sur plusieurs points du corps, la déchirure des ces phlyctènes et la dénudation du derme qui en est la conséquence n'apparaissent en général qu'à partir du troisième jour qui suit la mort du fœtus.

« Pendant les deux premiers jours, disent Tarnier et Budin (4), l'aspect du fœtus ne se trouve pas changé. Il paraît cependant moins ferme, moins résistant ; la peau prend à la face une coloration plus foncée ; *partout l'épiderme est parfaitement adhérent.* A partir du troisième jour, les phénomènes d'imbibition s'accentuent, et dès le cinquième jour la tête du fœtus se déforme, car le cuir chevelu est séparé des os de la voûte par une quantité assez considérable de liquide séro-sanguinolent... L'épiderme est adhérent sur une grande partie du corps, mais au niveau des malléoles, de la plante des pieds, des fesses, des avant-bras, il est souvent décollé par une sérosité rousseâtre... »

Ces phlyctènes variables en nombre comme en étendue ne tardent pas à se rompre en laissant le derme à nu. Celui-ci est luisant et rouge.

En somme le premier phénomène appréciable, consiste dans l'infiltration œdémateuse des tissus du fœtus par *de la sérosité sanguinolente.* Le décollement de l'épiderme, la formation des phlyctènes qui en sont encore la conséquence ne se produiraient qu'à partir du troisième jour.

L'objet de ce travail est de montrer que formation des phlyctènes et dénudation du derme peuvent dans de cer-

(1) LEMPEREUR. Thèse de Paris, 1867.
(2) SENTEX. *Altérations du fœtus.* 1868.
(3) RUGE. *Zeitschrift f. Geburt. und Gyn.*, 1877.
(4) *Traité de l'art des accouchements*, t. II, p. 368.

taines conditions s'observer à un moment plus voisin de l'époque de la mort.

Un jour, quelques heures même, suffisent parfois, en effet, pour que le derme soit en plus d'un point mis à nu. Il y a plus : ces lésions peuvent se produire pendant la vie. Deux faits observés, l'un par M. le Dr Pinard l'autre par nous, ne permettent pas d'en douter.

Le fœtus vu par M. Pinard (obs. V) était vivant au moment de sa naissance et fit pendant quelques instants des mouvements d'inspiration.

L'autre, né à la Maternité de l'hôpital Beaujon (obs. IV) ne succomba qu'au bout de vingt minutes.

Ces faits toutefois doivent être assez rares, et l'on aura plus souvent l'occasion de rencontrer cette dénudation hâtive du derme chez des enfants morts.

Nous avons recueilli trois autres observations (obs. I, II, III), dans lesquelles le fœtus avait succombé peu de temps avant sa naissance.

La mort en effet survint chez l'un d'eux alors que sa tête apparaissait à la vulve ; on entendait encore les bruits du cœur chez un autre deux heures et demie avant son expulsion ; enfin le dernier était encore vivant deux heures avant la terminaison de l'accouchement. Notre collègue et ami M. Pinard nous a dit avoir observé deux faits semblables. L'aspect extérieur de ces enfants présentait des caractères communs.

Les fœtus étaient très volumineux, grâce à ce que leur tissu cellulaire était infiltré par un liquide séreux abondant.

Le doigt, déprimant le tégument en un point quelconque du corps, déterminait une cupule très marquée.

Le tégument cutané était pâle et luisant, l'épiderme était soulevé de places en places par une sérosité claire, de couleur citrine ou opaline bien différente par conséquent de la sérosité sanguinolente que l'on est habitué à rencontrer dans les phlyctènes des mort-nés macérés.

L'épiderme enlevé sur de larges surfaces laissait à nu le

derme dont la coloration était *rose pâle*, *saumon* et non de ce rouge vif que l'on observe d'ordinaire chez les macérés.

Enfin chez la plupart, les phlyctènes les plus volumineuses, et les surfaces dénudées les plus larges siégeaient sur l'abdomen.

Les deux enfants nés vivants, présentaient sur différents points du corps, de rares phlyctènes remplies de sérosité *opaline*, et plusieurs espaces où l'épiderme faisait défaut et où le derme présentait une coloration rouge d'intensité variable. Leur épiderme se détachait facilement du derme sous l'influence d'un léger frottement, bien qu'il n'y eût aucune trace apparente d'infiltration des tissus par de la sérosité.

L'anasarque favorise en effet singulièrement la formation rapide des phlyctènes. Nous avons pu nous en rendre compte plus d'une fois, et assister en quelques instants à l'accumulation d'une quantité notable de liquide séreux sous l'épiderme du fœtus infiltré que nous avons eu entre les mains.

L'enfant de l'observation II étant suspendu par un lien, nous avons vu apparaître dans les parties déclives, sur un espace limité, de nombreuses et très petites vésicules arrondies remplies de sérosité claire qui par leur aspect rappelaient assez bien celui d'un groupe de vésicules d'herpès.

Puis, rapidement, le soulèvement épidermique s'étendait de proche en proche et bientôt les vésicules voisines se réunissaient formant une bulle. Celle-ci à son tour s'accroissait excentriquement et venait se confondre avec une ou plusieurs autres bulles voisines. On assistait ainsi en quelques minutes à la formation d'une phlyctène de dimensions plus ou moins considérables.

Nul doute que les choses se passent de la même façon dans la cavité utérine.

L'épiderme ainsi soulevé est d'une fragilité extrême ; la plus légère pression, la moindre friction suffisent pour le rompre. Il est probable que les phlyctènes ne se déchirent que pendant le passage du fœtus à travers le canal pelvi-génital,

et sous l'influence des frottements auxquels il est soumis de la part de celui-ci.

Peut-être doit-on chercher, dans le volume considérable de l'abdomen habituellement rempli d'une notable quantité de liquide, l'origine de la large dénudation que nous avons signalée au niveau de la peau du ventre.

Il est plus difficile d'expliquer la production des phlyctènes chez les enfants non infiltrés, enfants qui d'ailleurs sont nés vivants.

Bien qu'il n'y eût aucune trace apparente d'œdème, peut-être y avait-il chez eux un certain degré d'imbibition des éléments de la peau résultant d'un trouble apporté à la circulation. Les trois fœtus infiltrés présentaient, en effet, des lésions, à la vérité variables, mais propres à déterminer une gêne dans la circulation en retour : Etroitesse extrême du trou de Botal, coloration blanche des reins, chez l'un d'eux (obs. I) petitesse, dureté, coloration spléuique du foie, arrêt de développement des organes thoraciques chez un autre (obs. II) largeur du trou de Botal, congestion du foie chez le troisième (obs. III).

Tous avaient une quantité considérable de liquide dans le péritoine. Il en était de même des deux fœtus nés vivants qui, eux aussi, avaient de l'ascite et présentaient du côté du foie et des autres viscères des lésions bien appréciables. L'un d'eux offrait en outre une sclérose pulmonaire et pancréatique très remarquable.

En résumé la formation des phlyctènes, leur rupture, et la dénudation du derme qui en résulte, loin de ne se faire qu'à partir du troisième jour qui suit la mort, peuvent dans de certaines circonstances se montrer soit *immédiatement après la mort* soit même *pendant la vie*. Cette macération hâtive est caractérisée en outre par la coloration *opaline claire* du liquide que contient les phlyctènes, et par la *teinte rose pâle* du derme mis à nu.

Un fœtus porteur de ces lésions ne saurait donc être appelé *sanguinolentus*. Nous avons pensé qu'il y avait quel-

que intérêt à signaler ces faits qui peuvent avoir une certaine importance en médecine légale.

Observation I

Communiquée par Mme Henry, sage-femme en chef, et M. Berthod, interne à la Maternité.

Hydro-ammios. — Accouchement spontané et prématuré. — Terme 7 mois et 3 semaines. — Enfant mort pendant le travail présentant à sa naissance des phlyctènes volumineuses lui donnant l'aspect d'un enfant macéré.—Anasarque fœtale. — Pieds et mains bots. — Inflexion latérale très prononcée de la colonne vertébrale.

La nommée D..., habituellement bien portante, bien conformée, est réglée depuis l'âge de 15 ans. Menstruation régulière. Les règles durent 3 jours environ.

A 21 ans, elle eut un premier enfant, bien conformé et qui vit.

Dans les derniers jours d'avril 1886 elle redevient enceinte des œuvres du père de son premier enfant. Cet homme n'a jamais été malade, dit-elle. La grossesse a été des plus heureuses.

Le 23 décembre 1886 à 3 heures du matin D... ressent de vives douleurs dans le ventre et vient à 8 heures du matin à la Maternité.

L'utérus est très développé, car il présente le volume qu'il devrait avoir à terme, et D... n'est enceinte que de 7 mois et 3 semaines.

Il y a hydro-amnios, et probablement un enfant et un placenta volumineux.

Il y a en effet une sensation de flot très nette sur tous les points du ventre.

Il faut déprimer fortement les parois abdominales et utérines pour arriver sur le fœtus dont la tête est dans la fosse iliaque gauche, le siège au fond de l'utérus et un peu à droite, les petites extrémités superficiellement situées en avant.

Les bruits du cœur fœtal sont difficiles à entendre. Ce n'est qu'à la suite d'un examen prolongé qu'on les perçoit, normaux comme fréquence et comme intensité, sur la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic.

Au toucher, on trouve les organes génitaux externes et le vagin sains, le col effacé, la dilatation large comme une pièce de 5 francs.

Une poche d'eau piriforme remplit en partie le vagin. En déprimant cette poche, le doigt ne rencontre aucune partie fœtale.

Le travail marche régulièrement, la dilatation fait des progrès. Alors qu'elle est presque grande comme la paume de la main, les membranes se déchirent, et il s'écoule brusquement une grande quantité de liquide amniotique de couleur lactescente. On ne peut le recueillir, mais il est incontestable qu'il s'en est écoulé au moins 1800 grammes.

Le doigt introduit dans le vagin, sent maintenant une tête assez volumineuse qui au moment des contractions vient se mettre en rapport avec le détroit supérieur. Elle s'y fixe bientôt, et l'on peut reconnaître sa position.

Derrière la symphyse on trouve le bregma qui a une étendue normale, la suture métopique qui est parallèle à la symphyse pubienne, et l'occiput qui est directement en arrière.

En explorant cette tête, la pression du doigt laisse partout une empreinte profonde; le tissu cellulaire sous-cutané est évidemment infiltré d'une grande quantité de liquide. On fait le diagnostic d'anasarque fœtale. A 10 heures la dilatation est complète, la tête franchit l'orifice et descend lentement dans le vagin. Une heure après elle commence à distendre le périnée et apparaît à la partie inférieure de la vulve. La rotation s'est faite et même a dépassé le but car la fontanelle postérieure est en rapport avec le pubis droit. Les bruits du cœur du fœtus vont en s'affaiblissant; ils ne tardent pas à disparaître. Le diagnostic porté fait écarter toute idée d'intervention.

La tête franchit la vulve en restant obliquement dirigée, et en déprimant fortement la moitié postérieure de la fente vulvaire.

Lorsqu'on cherche à faciliter la sortie de la tête, en aidant au mouvement de déflexion, on éprouve une résistance considérable. Il semble que la colonne cervicale soit ankylosée : le menton reste appliqué sur le cou, tout le tronc du fœtus tourne en bloc, enfin les épaules sortent et le reste du corps est expulsé à midi 10 minutes. L'enfant est mort (fig. 1).

Le cordon est très court. On peut à peine écarter l'enfant des organes de la mère.

Délivrance naturelle dix minutes après l'accouchement.

Examen de l'enfant. — Il existe sur toute l'étendue du corps un œdème sous-cutané considérable.

La pression du doigt détermine une empreinte profonde, qui au niveau du siège est d'environ deux centimètres.

La peau a une teinte blanche cireuse, générale.

L'épiderme est soulevé par places et le derme dénudé notamment aux épaules, au thorax, au cou, au niveau des fosses iliaques, et de la verge, c'est-à-dire dans les points où l'épiderme est moins épais. Il forme là des phlyctènes plus ou moins volumineuses contenant un liquide citrin, très fluide. Au niveau des phlyctènes le derme est pâle.



FIG. 1.

Le cuir chevelu et le tissu sous-jacent sont profondément infiltrés, ce qui ne laisse pas que de rendre les fontanelles difficiles à reconnaître.

Le fœtus est courbé en arc de cercle sur son plan latéral gauche.

La dissection ne permet pas de trouver du côté de la colonne vertébrale la cause de cette incurvation. Les corps vertébraux ont des dimensions parfaitement égales à droite et à gauche.

Le carré lombaire du côté gauche est tendu et plus court que celui du côté opposé.

Les pieds et les mains sont bots ; aucun doigt ne manque, et chacun d'eux est bien conformé.

Le cerveau, le cervelet, le bulbe ne présentent rien de particulier.

Les poumons ont une apparence normale, toutefois ils sont légèrement œdématiés.

La cavité du péricarde contient un peu de liquide. Le cœur est bien conformé, mais le trou de Botal est presque oblitéré. Les vaisseaux de la base du cœur ne présentent rien à noter.

L'abdomen contient une grande quantité de liquide jaune clair limpide.

La vessie n'est pas plus développée que de raison.

Le foie est volumineux, rouge, mais paraît sain. La circulation porte est libre au moins dans les gros troncs.

Le tube gastro-intestinal est normal. Il en est de même de la rate.

Mais les reins présentent une coloration blanchâtre particulière. Ils sont volumineux, mous, et leur capsule s'en détache facilement. Ces caractères sont plus accusés sur le rein gauche.

Les capsules surrénales et les uretères sont sains.

Annexes. — Le cordon mesure 30 cent. Il est grêle, mais ne présente aucune altération.

Le placenta et les membranes sont friables, légèrement infiltrés.

Poids des annexes, 770 gr.

Observation II

Recueillie par M. Drouet, interne du service.

Hydramnios. — Accouchement prématuré spontané. — Fœtus œdématié mort pendant le travail, et présentant à sa naissance des phlyctènes et des points de dénudation épidermique.

La nommée G..., veuve B..., 36 ans, cuisinière, entre le 21 février 1887 à l'hôpital Beaujon, salle Paul Dubois, n° 7, service de M. le Dr Ribemont-Dessaignes. Cette femme a déjà accouché six fois à terme.

Bien réglée depuis l'âge de 15 ans, elle ne peut dire à quelle époque elle a été menstruée pour la dernière fois.

La grossesse actuelle n'a rien présenté de particulier à noter en dehors de quelques nausées, d'un peu de céphalalgie et de quelques douleurs de reins.

Elle n'est pas en travail.

L'abdomen est volumineux, très tendu ; sur la peau on remarque quatre papules peu élevées, de la dimension d'une lentille et présentant une couleur cuivrée assez nette.

La femme G. nie pourtant avoir eu aucun accident spécifique.

L'utérus distendu, donne à la main qui le palpe une sensation

de rénitence spéciale, qui empêche de reconnaître les parties qu'il contient. Sensation de flot manifeste.

On voit à de certains moments la paroi abdominale se bosseler et la main reconnaît nettement à ce moment que ces bosselures sont dues aux mouvements actifs du fœtus.

L'auscultation donne très difficilement un résultat. Cependant on finit par entendre nettement les bruits du cœur. Mais ceux-ci sont assez sourds.

Lorsqu'on touche la femme le doigt arrive sur la tête du fœtus qui ballotte avec la plus grande facilité.

Le diagnostic porté est le suivant :

Hydropisie de l'amnios. On émet quelques réserves relativement à une grossesse multiple, ou à une malformation possible.

Le 22 février le travail se déclare à 6 h. du soir.

Les membranes sont constamment tendues, aussi on les rompt lorsque la dilatation a atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs. Écoulement très abondant de liquide citrin. Après la rupture des membranes le doigt arrive sur la tête qui semble volumineuse et recouverte par une épaisse couche de tissus dans lesquels le doigt s'enfonce facilement comme il fait dans les tissus fortement œdématiés.

Les bruits du cœur sont encore perceptibles à 1 heure du matin.

A 3 h. 1/2 du matin la tête fœtale est expulsée ; le tronc suit, dix minutes après seulement. Le cordon se rompt à ce moment au niveau de la vulve.

Délivrance naturelle à 3 h. 45 du matin.

Placenta volumineux pesant 850 grammes.

Enfant du sexe féminin mort-née, du poids de 2350 grammes.

Dimensions de la tête :

Diam. : O. M. $11^c,5$
O. F. $9^c,5$
B. P. 9^c.
B. T. $7^c,5$
S. O. B. $10^c,5$

AUTOPSIE. — (Faite le 23 février à 11 h. du matin.)

Aspect extérieur. — L'épiderme a disparu par places (joues, abdomen, face dorsale des mains et des pieds). A ce niveau le derme présente une coloration blanc rosé. (Fig. II.)

Phlyctènes petites et nombreuses au niveau des grandes lèvres.

A la face interne des cuisses petites bulles commençant à soulever l'épiderme.

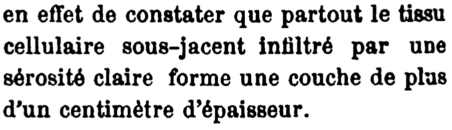
Œdème sous-cutané généralisé. La section de la peau permet 
en effet de constater que partout le tissu cellulaire sous-jacent infiltré par une sérosité claire forme une couche de plus d'un centimètre d'épaisseur.


Fig. 2.

Abdomen.— La cavité péritonéale contient 125 grammes environ de liquide citrin. Le péritoine ne présente rien de spécial.

Une injection poussée par la veine ombilicale montre que ce vaisseau est perméable dans toute son étendue.

L'intestin est de très petit calibre et ne paraît pas appartenir à un enfant de plus de 6 mois ou 6 mois 1/2.

Le *foie* dont la forme est normale, est petit, et présente une consistance remarquablement ferme. La couleur se rapproche de celle de la rate.

La *rate* petite, a sa couleur et sa consistance habituelles.

Reins normaux.

Lorsqu'on a enlevé le foie, la rate et le paquet intestinal, on s'aperçoit que le diaphragme présente une voussure à convexité inférieure. Il fait en effet saillie du côté de l'abdomen. Il est certain qu'il doit exister un épanchement dans les cavités pleurales.

A l'ouverture du thorax il s'écoule en effet du côté droit un liquide sanguinolent et du côté gauche un liquide plus clair. Ce liquide recueilli remplit un verre de 120 centim. cubes de capacité.

Les organes thoraciques sont extrêmement petits. (Fig. III.)

Le cœur et les poumons occupent la région médiane, mais entre eux et les parois latérales du thorax existe un espace large, naguère rempli par le liquide.

Les *poumons* sont ceux d'un fœtus de 4 mois environ. Ils sont rosés, et de consistance élastique.

Le *cœur* peu volumineux, cylindroïde est séparé du péricarde par une petite quantité de liquide citrin.

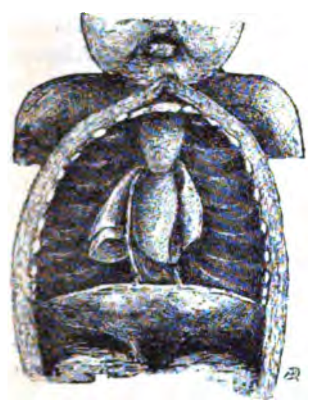


FIG. 3.

Examen de la tête. — Une incision pratiquée circulairement et partant de la région moyenne du front montre que l'infiltration du tissu cellulaire est là plus marquée que partout ailleurs.

Les os de la voûte sont injectés, et leur surface est très rugueuse. La tête dépouillée de ses parties molles a les dimensions suivantes.

Diam. :	O. M.	10c.
	O. F.	7c,25.
	B. P.	6c,5.
	B. T.	5c,5.
	S. O. B.	7c,25.

Rien à noter sur le reste du squelette.

L'examen histologique des organes n'a fourni aucune donnée intéressante.

OBSERVATION III

Communiquée par Mme HENRY, sage-femme en chef de la Maternité.

Accouchement prématuré. — Anasarque et ascite du fœtus — Forceps et ponction abdominale. — Placenta œdématié. — Enfant mort à la fin du travail et présentant les caractères extérieurs d'un enfant macéré.

La nommée T..., femme R..., d'une bonne constitution, habituellement bien portante, est enceinte de 7 mois et une semaine d'après la date de ses dernières règles.

Elle est âgée de 40 ans et accouche pour la neuvième fois. Les six premiers enfants sont nés vivants et bien conformés, les deux derniers étaient œdématiés et avaient de l'ascite. Tous les enfants sont du même père. Pas de traces de syphilis.

Pendant la grossesse actuelle la femme R... a souffert de dyspepsie, et dans les derniers temps, d'un œdème qui a envahi les membres inférieurs. Albuminurie.

Depuis quelques heures elle ressent des contractions doulou-

reuses, qui la déterminent à entrer à la Maternité le 31 août à 2 h. 1/2 du soir.

L'utérus est considérablement développé. Son volume dépasse celui qu'il offre d'ordinaire au terme d'une grossesse normale.

Le sommet se présente ; on obtient facilement le ballottement vaginal.

L'enfant est vivant, les bruits du cœur s'entendent à droite. Col effacé offrant une dilatation grande comme une pièce de un franc. Les contractions sont faibles, mais régulières.

Le 1er septembre à 2 heures du matin la dilatation étant presque achevée, les membranes se rompent et une certaine quantité de liquide s'écoule.

Le sommet se fixe au niveau du détroit supérieur. O.I.G.P.

Les bruits du cœur fœtal ont toujours une fréquence normale. Ils sont peu intenses. Leur foyer maximum est à gauche et en avant.

A 2 heures 1/2 du matin la dilatation est complète, mais l'utérus est inerte : la tête descend peu à peu ; elle est de volume ordinaire : Le bassin est normalement conformé.

Les téguments de la tête sont très infiltrés : partout où le doigt peut s'appuyer il forme des dépressions très profondes.

La laxité des parties génitales permet au doigt d'explorer profondément et d'arriver sur le cou du fœtus : là encore les tissus sont très œdématiés.

Le diagnostic d'anasarque fœtale s'impose.

A plusieurs reprises l'aide sage-femme essaie de faire la rotation en prenant un point d'appui derrière l'oreille droite appliquée derrière le pubis.

Peu secondée par la contraction utérine, cette manœuvre ne peut faire tourner la tête.

A 5 heures du matin elle n'est pas complètement engagée dans l'excavation, l'inertie utérine persiste, les battements du cœur fœtal toujours sourds ont une fréquence normale.

A 7 heures du matin les battements ne s'entendent plus. On fait une application de forceps qui amène la tête à la vulve. Cette tête difficilement fléchie est dégagée après qu'on a retiré le forceps.

En tirant sur la nuque et sur le menton on ne parvient que péniblement à engager les épaules. Le fœtus est extrêmement rigide. On place deux doigts en crochet dans le creux axillaire, on

défléchit le membre supérieur gauche et on fait simultanément sur la tête et sur le bras des tractions qui ne parviennent pas à engager plus profondément le tronc.

Mme Henry examine de nouveau la femme et constate que le tronc est retenu par développement exagéré du ventre dont la peau parait très tendue.

Elle fait alors une ponction abdominale avec un trocart moyen. Il s'écoule aussitôt 530 gr. d'un liquide jaune foncé qui se prend aussitôt en masse.



FIG. 4.

L'extraction du fœtus ne présente plus de difficulté.

Il pèse 3830 gr. Sa peau est très épaisse, infiltrée ; elle présente au cou, à la face, sur l'abdomen, des phlyctènes dont quelques-unes très larges sont rompues laissant le derme à nu et donnant à cet enfant mort depuis moins de deux heures l'aspect d'un enfant mort et macéré. (Fig. 3.)

Aucune malformation apparente.

Après la naissance de l'enfant, l'utérus reste très développé ; il remonte bien au-dessus de l'ombilic.

Quelques minutes après, le placenta se décolle partiellement. Hémorrhagie abondante qui nécessite de terminer artificiellement la délivrance. L'hémorrhagie cesse aussitôt.

Les adhérences placentaires sont facilement détruites ; les cotylédons sont très friables. Le placenta est énorme et pèse 1,460 gr.

La face utérine est d'un blanc rosé, les villosités choriales paraissent imbibées de liquide.

Le cordon gros dans presque toute son étendue est petit au voisinage de son insertion placentaire. Il mesure 50 centim., et sur son trajet présente des nodosités très volumineuses.

Injection intra-utérine de solution de sublimé au $\frac{5}{1000}$.

AUTOPSIE. — Le liquide retiré par la ponction est extrêmement

riche en albumine. Il se coagule en masse par l'action de l'acide nitrique.

Anasarque du fœtus.

Les *poumons* sont rosés, durs, carnifiés; ils plongent au fond de l'eau.

Le *cœur* est assez volumineux. La cloison inter-ventriculaire est normale. Le trou de Botal est large et présente 7 millimètres environ de diamètre.

A l'ouverture de l'*abdomen* il s'écoule une certaine quantité de liquide séreux et de sang. Il existe dans la *cavité péritonéale* une masse assez importante de caillots.

Foie gros, congestionné. Sur la face supérieure du foie près du bord tranchant de la glande, se voient trois ou quatre déchirures irrégulières, peu profondes et comme craquelées. Il existe de plus une perforation produite par le trocart qui a traversé obliquement toute l'épaisseur du foie.

La *veine ombilicale* est saine. La *rate* est congestionnée. Les *reins* sont volumineux mais sains. Il en est de même des *uretères*. *Vessie* vide. *Pancréas* normal.

Le *péricrâne* est décollé dans toute son étendue par un épanchement sanguin.

Il existe au niveau du *cervelet* une hémorrhagie méningée d'origine récente, et caractérisée par la présence de plusieurs caillots cruoriques.

Les *hémisphères cérébraux* n'offrent rien de particulier.

Observation IV

Recueillie par M. Chartier, interne du service.

Hydro-amnios. — Présentation de l'épaule. — Version. — Enfant vivant présentant des phlyctènes et une dénudation épidermique locale qui lui donnent l'aspect d'un enfant macéré.

La femme L..., Joséphine, âgée de 21 ans, est admise, le 22 novembre 1886, à la salle Paul Dubois, nº 15, service de M. le Dr Ribemont-Dessaignes.

Primipare. Bonne santé habituelle.

En 1870 elle a eu la variole, dont on voit encore de nombreuses traces, en particulier sur la face.

Cette femme nie tout accident syphilitique ; on ne trouve du reste chez elle aucune trace de syphilis.

Elle ne peut donner aucun renseignement sur le père de son enfant.

Rien à signaler que des vomissements comme accidents de grossesse.

Elle est en travail depuis le 21 à minuit.

Présentation de l'épaule droite en A. I. D.

Les bruits du cœur s'entendent nettement au-dessus de l'ombilic. Dilatation grande comme une pièce de 50 centimes. Membranes intactes.

Il existe de l'hydropisie de l'amnios. L'utérus est en effet très développé, bien que la femme L... ne soit enceinte que de 7 mois : ses dernières règles datent du 22 avril 1885. Urines normales. Le bassin est bien fait.

A 8 h. 1/2 du soir la dilatation étant complète, on fait la version après avoir rompu la poche des eaux, ce qui a donné issue à une grande quantité de liquide amniotique. La saisie d'un pied et l'évolution du fœtus se font sans peine, mais l'extraction est difficile. Malgré les tractions énergiques et dirigées en arrière et en bas, le tronc reste immobile, à un moment on perçoit un petit craquement qui se produit au niveau de la cuisse. Le toucher manuel pratiqué alors, apprend que l'abdomen est volumineux et tendu.

Le pied amené au dehors est dépouillé sur sa face dorsale de son épiderme. On croirait qu'il s'agit d'un enfant macéré depuis quelques jours si l'auscultation n'avait permis quelques minutes avant d'entendre les bruits du cœur. Après dix minutes de tractions soutenues l'abdomen finit par se dégager. Les épaules et la tête surtout avec la plus grande facilité.

L'enfant est vivant. Il fait des mouvements inspiratoires, mais ne crie pas. On pratique l'insufflation. Malgré cela il succombe 20 minutes après sa naissance. Délivrance normale.

Sauf quelques points de dégénérescence graisseuse, le placenta ne présente aucune altération appréciable à la vue.

AUTOPSIE DU FOETUS. — Fœtus de 7 mois, du sexe masculin.

Longueur totale 37 cent.

Diam. : O. M. $9^{c},5$
O. F, $8^{c},5$
S. O. B. $8^{c},5$
B. I. P. $8^{c},5$
B. I. T. $7^{c},5$

L'enfant quoique ayant vécu 20 minutes présente l'aspect d'un enfant mort-né macéré. Les deux pieds sont dépouillés de leur épiderme, sur leur face dorsale et leurs bords. Il en est de même des orteils. La face plantaire ne présente rien d'anormal.



Fig. 5.

Des îlots de dénudation s'observent sur les jambes, dans leurs deux tiers inférieurs.

Au niveau des parties dénudées le derme est d'une couleur rouge sombre, il est gonflé et parsemé de petites taches noirâtres. Ces lésions offrent sur les deux membres supérieurs une disposition presque symétrique.

Des altérations exactement semblables se voient aux deux membres supérieurs. Les mains et les doigts sont dépourvus d'épiderme dans la plus grande partie de leur face dorsale.

La face palmaire est intacte. Sur l'abdomen à gauche de l'ombilic on voit une petite phlyctène remplie de sérosité claire.

Dans toute la région l'épiderme se sépare du derme avec la plus grande facilité immédiatement après la naissance. Il est au contraire très adhérent au niveau du front et des joues, et ne peut s'enlever par frottement.

Abdomen. — Volumineux, tendu. A l'incision des parois abdominales il s'écoule environ 200 grammes de liquide citrin contenu dans la cavité péritonéale.

Foie. — Pas d'altérations appréciables à l'œil nu. Volume normal. *Rate*, petite, sans altération. *Estomac*, normal. *Pancréas*, volumineux et remarquable par sa dureté qu'on peut qualifier exactement de cartilagineuse.

Reins. — Ils offrent leur aspect lobulé normal ; leur coupe ne montre rien de particulier. *Capsules surrénales*, volume et aspect ordinaires.

Poumons. — Les deux poumons sont remarquables par leur induration. Très résistants à la pression du doigt, ils crient sous le scalpel.

Un morceau détaché de l'organe et plongé dans l'eau tombe au fond du vase.

La coupe des poumons donne une surface dont l'aspect ressemble au tissu hépatique.

On ne peut dilater d'une manière appréciable les alvéoles par l'insufflation.

Crâne. — Sous le cuir chevelu on trouve un épanchement sanguin peu abondant.

Cerveau. — Ramolli. Un peu injecté. A la base du cerveau en arrière et à droite, dans la scissure qui sépare le lobe frontal du lobe temporo-occipital, on trouve une hémorrhagie méningée.

Le caillot se prolonge dans la direction de la grande fente cérébrale de Bichat. L'épanchement n'est pas très abondant. Rien dans les ventricules, ni du côté du bulbe. Il n'y a pas de foyers sanguins dans l'épaisseur de la substance cérébrale.

Squelette. — Le fémur droit présente un décollement épiphysaire à son extrémité supérieure.

Les os des membres ne présentent pas d'altérations appréciables, on les fend difficilement dans le sens de leur longueur avec un fort scalpel.

Notons enfin qu'au niveau du pli de l'aine droite la peau est déchirée transversalement. Les muscles et les aponévroses sont intacts à ce niveau.

EXAMEN HISTOLOGIQUE, fait par M. Girode, interne des hôpitaux.

Cet examen a porté sur les poumons, le foie, le pancréas et les reins.

Poumons. L'apparence alvéolaire est à peine accusée. Les 4/5 des alvéoles sont restés affaissés et n'ont pas été pénétrés par l'air. Quelques alvéoles dilatés par l'arrivée de l'air, ont leur cavité presque entièrement remplie par un bouchon cellulaire comprenant : 1° des cellules polygonales à protoplasma clair, avec un petit noyau ovalaire central ; 2° des éléments arrondis fortement colorés par le carmin rappelant l'aspect des cellules lymphatiques.

Les travées interlobulaires sont épaissies et présentent (surtout dans les points qui, à l'œil nu, paraissent sclérosés) un grand nombre de cellules fusiformes et même de véritables fibres.

Les parois bronchiques ne paraissent pas altérées ; la lumière de quelques bronches est seulement rétrécie ou oblitérée par un

bouchon analogue à celui qu'on a trouvé dans quelques alvéoles.

La branche artérielle qui accompagne la bronche a une paroi très épaisse mal limitée au dehors où elle est riche en cellules embryonnaires, fortement colorées par le carmin. La tunique interne est boursouflée d'une manière inégale, ce qui donne à la lumière du vaisseau l'aspect d'une étoile à 3 ou 4 branches.

Foie. — Grande friabilité. Coupes peu démonstratives. Les espaces de Kiernan sont élargis, riches en petites cellules rondes, et leurs angles se prolongent plus loin entre les lobules. La veine centrale est entourée d'une couronne de cellules embryonnaires. On en trouve même de petits agglomérats en plein lobule. Ces amas de petites cellules rondes, fortement colorés par le carmin présentent parfois à leur centre des éléments déformés incolores, d'apparence vitreuse. Ces lésions sont distribuées d'une façon très inégale.

Pancréas. — Cet organe a un volume remarquable, une coloration blanc grisâtre, une dureté tout à fait exceptionnelle, et presque ligneuse.

L'aspect microscopique est identique à celui d'une glande mammaire depuis longtemps au repos.

Le tissu de la glande est distribué en territoires séparés par des bandes ou anneaux de tissu conjonctif à éléments surtout fusiformes, et orientés dans le même sens.

Chaque territoire est lui-même constitué par une masse uniforme de tissu conjonctif présentant sur des coupes colorées au picro-carmin (grossissement de 40 diam.) de petites taches rondes, ovales, irrégulières, rameuses, sans apparence canaliculée.

A un plus fort grossissement (150 diam.) on reconnaît des amas de cellules polyédriques à gros noyau rond en contact intime les unes avec les autres. Les conduits excréteurs se distinguent par leur siège dans les travées et par leur épithélium cubique. Leur paroi est formée de lames conjonctives superposées, se confondant à la périphérie avec le tissu des travées.

Le système artériel paraît sain.

Reins. — Aspect à peu près normal.

Les prolongements de tissu conjonctif sous-capsulaire qui donnent au rein son aspect lobulé, semblent plonger assez avant dans la substance rénale.

Observation V

Service du Prof. Pinard. Recueillie par M. André Bataillard.

Hydramnios. — Dépouillement épidermique observé chez un fœtus venu au monde vivant.

La nommée M..., Marie, femme G..., 32 ans, couturière, entre à la salle Ste-Anne, n° 4, dans le service du Dr Pinard, le 17 octobre 1886.

Antécédents pathologiques. — Érysipèles répétés.

Antécédents physiologiques. — Envoyée en nourrice à la campagne, n'a marché qu'à près de deux ans. Réglée à 19 ans, irrégulièrement.

Six grossesses antérieures. Tous les enfants sont nés à terme, spontanément, et présentant le sommet. Tous élevés au biberon sont morts en nourrice entre 5 et 6 mois.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles remontent au 25 février. A partir du 5me mois, hydramnios. Il y a un mois, les membres inférieurs se sont infiltrés. Actuellement, à l'œdème des membres inférieurs s'est ajouté de l'œdème des grandes lèvres. Pas d'albumine dans l'urine.

L'examen du squelette ne révèle rien de particulier, exception faite du bassin qui a été touché par le rachitisme.

Diamètre promonto-pubien minimum, 9 centimètres.

Le ventre est énorme, les parois utérines sont très distendues. Le segment inférieur de l'utérus bombe peu dans le vagin, et à travers l'orifice du col perméable on arrive sur les membranes de l'œuf modérément tendues. Le palper est difficile, les contractions indolores de la grossesse se succédant rapidement.

Il ne paraît y avoir qu'un seul fœtus. Les bruits du cœur ne sont pas perceptibles à cause du grand excès de liquide amniotique, mais les deux pôles perceptibles du fœtus encore mobile ont bien la consistance propre à un fœtus vivant.

Pas de mouvements spontanés bien nets.

Depuis trois semaines la malade est très gênée par le développement anormal de son ventre. Étouffements surtout dans le décubitus dorsal ; rendant le sommeil impossible et les digestions très laborieuses. Rétentions d'urine passagères.

M. Pinard se décide à intervenir le 23 octobre à 10 heures du matin.

Rupture artificielle des membranes. Cinq litres de liquide amniotique sont recueillis à ce moment. Le liquide est jaune citrin.

La tête descend aussitôt dans l'excavation inclinée sur le pariétal postérieur en O.I.G.A. La dilatation est complète à 5 heures du soir.

Pendant la journée l'auscultation pratiquée à plusieurs reprises fait percevoir les battements du cœur fœtal réguliers et bien frappés.

Le travail progresse lentement; néanmoins le dégagement de la tête s'opère naturellement. La tête apparaît en dehors de la vulve, très cyanosée, l'enfant fait à ce moment plusieurs efforts d'inspiration.

Le dégagement des épaules offre de grandes difficultés.

Terminaison de l'accouchement le 23 octobre à 6 h. 1/2 du soir.

L'enfant ne fait que quelques mouvements d'inspiration avant de succomber.

Délivrance naturelle, 40 minutes après l'accouchement. Membranes intactes, non dédoublées; le cordon ne présente aucune altération.

Sexe : féminin.

Poids, 3 kilos 300.

Longueur	totale.	47	centim.
	du sommet à l'ombilic. . .	27	—
	de l'ombilic aux talons. . .	20	—
Diam.	Occipito frontal	10	—
	— mentonnier	12	—
	bipariétal..	9	—
	bitemporal	7	—
	sous-occipital-bregmatique.	9	—

La durée totale du travail a été de 20 heures 1/2.

Le soir, la femme avait 38°,8. Le lendemain 36°,9.

Autopsie du fœtus. — Tête cyanosée. Cou infiltré. Cyanose de toute la face palmaire de la main droite. Peu de phlyctènes. Il n'existe qu'une seule petite bulle distendue par de la sérosité opaline et située au niveau de la face antérieure du bras droit. L'épiderme du membre supérieur est, en plusieurs points, enlevé ou érodé.

L'abdomen est anormalement développé. Il a la forme d'un

ventre de batracien. Au niveau de sa paroi antéro-latérale, il existe, sur une étendue que nous allons déterminer, un dépouillement épidermique, mettant à nu le derme qui offre une belle teinte saumon uniforme.

Voici quelles sont les limites de la dénudation dermique.

De la partie inférieure de l'anneau ombilical auquel est encore appendue l'extrémité du cordon qui présente sa couleur nacrée et une consistance normale, partent deux lignes à concavité supérieure qui s'étendent vers les flancs. En arrière elles s'étendent jusque vers la partie moyenne du plan latéral du fœtus pour remonter ensuite vers l'hypochondre.

L'hypochondre droit est en grande partie dépouillé de son épiderme. Dans l'hypochondre gauche l'épiderme manque dans un point isolé formant îlot.

Il existe un îlot semblable, dépouillé pareillement de son épiderme, dans la région de la fosse iliaque droite. Cet îlot, plus considérable que le premier, est limité inférieurement par le pli de l'aine.

L'épigastre et l'hypogastre sont seuls entièrement respectés par cette région.

L'aspect antérieur des membres inférieurs ne présente rien à noter.

A l'ouverture du *thorax*, on constate que la cavité des deux plèvres est distendue par de la sérosité citrine parfaitement transparente et limpide.

Les *poumons*, accolés sur les côtés de la colonne vertébrale, offrent l'aspect et la consistance des poumons d'un fœtus n'ayant pas respiré.

Cœur normal. La cavité péritonéale est également remplie par de la sérosité offrant les caractères ci-dessus mentionnés.

Tous les organes de la cavité abdominale paraissent normaux, sauf le foie, qui est très gros et offre, à la coupe, un aspect et une consistance spléniques.

MÉLANO-SARCOME PRIMITIF DE LA VULVE (1)

Par **R. W. Taylor**, chirurgien à l'hôpital « la Charité » de New-York.
(Traduit par le Dr R. LABUSQUIÈRE.)

Suite et fin.

OBSERVATION V (HAECKEL) (2)

Il s'agit d'une femme, âgée de 69 ans, ayant belle apparence et vigoureuse pour son âge. Elle fut examinée, pour la première fois, le 9 avril 1887. Elle avait eu 6 enfants et fait 2 fausses couches. 11 mois environ avant l'examen, elle s'était aperçue de la présence, sur les organes génitaux externes, d'une petite tumeur, qui grossit peu à peu. Cinq mois plus tard, les ganglions inguinaux du côté gauche s'engorgèrent et, cinq mois après, ce fut le tour des ganglions du côté droit. La femme n'accusait qu'une sensation de plénitude du vagin. Haeckel constata une tumeur de la grosseur du poing d'un enfant, de couleur noir bleu strié de blanc, qui comprenait la totalité de la petite lèvre gauche, le clitoris, la portion supérieure de la petite lèvre droite, et qui, par sa disposition, rappelait celle d'un fer à cheval à branches inégales. Le néoplasme qui, par sa coloration, tranchait vivement sur les tissus environnants, se prolongeait sur la grande lèvre gauche, et aussi, mais à une distance moindre, sur la grande lèvre droite. A l'orifice de l'urèthre, il y avait un petit nodule, et l'on en distinguait deux autres entre la grande et la petite lèvre gauches. Dans la profondeur du mont de Vénus, on sentait deux cordons durs, qui parurent être les corps caverneux du clitoris infiltrés. On trouvait dans l'aine gauche une masse, du volume d'une prune, qui était constituée par des ganglions tuméfiés ; dans l'aine droite, il y avait aussi une tuméfaction ganglionnaire, mais moins accusée. Le ganglion épithrocléen gauche était augmenté de volume. Sur le corps, pas de pigmentations

(1) *Vid. in Annales de Gyn. et d'Obst.* Juin 1889, p. 401. Nous avions déjà publié la traduction de la 1re partie de ce travail, quand nous avons reçu un deuxième manuscrit, qui contient quelques légères additions. Ainsi, les trois observations que nous donnons aujourd'hui. (R. L.)

(2) Ueber melanotische Geschwülste der weiblichen Genitalien. *Arch. f. Gynäk.*, XXXII, 1888, p. 400 et s.



anormales, pas de *nœvi* pigmentaires. On fit une opération, dans laquelle on extirpa toute la masse vulvaire, le tissu graisseux du mont de Vénus, et les ganglions infectés. La cicatrisation fut plutôt lente. Puis l'on vit se développer, conjointement avec une cachexie profonde, de l'ascite, de l'ictère, de l'œdème des extrémités inférieures, et la malade succomba 5 mois après l'opération.

Observation VI (Bailly) (1)

Femme âgée de 72 ans, nerveuse, et qui avait souffert de rhumatisme avant sa 60e année. Puis, elle avait joui d'une bonne santé. 10 mois avant qu'elle fût examinée, elle avait constaté la présence, dans l'épaisseur de la petite lèvre droite, d'une tumeur indolente, de la grosseur d'une lentille. Après être restée silencieuse pendant un peu moins d'un an, cette tumeur s'accrut rapidement, devint superficielle et s'ulcéra. Plus tard, une deuxième tumeur apparut sur la face externe de la petite lèvre gauche et au voisinage de la fourchette. Elle obstruait l'orifice vaginal. Il existait aussi des dépôts pigmentaires, noirs, sur la vulve et dans le vagin, lequel, en raison de sa sensibilité, ne pouvait être examiné. La tumeur fut enlevée.

La relation de ce cas fut faite un mois après l'opération. La plaie opératoire n'était pas encore cicatrisée, et il ne paraissait pas y avoir d'engorgement ganglionnaire. Mais il est noté que la malade avait un aspect fâcheux, alarmant, qu'elle maigrissait de jour en jour, et qu'elle gardait le lit.

Observation VII (Fischer) (2).

Femme âgée de 56 ans, qui fut examinée pour la 1re fois, le 22 avril 1870. Cinq mois auparavant, était apparue, sur la grande lèvre gauche, une petite tuméfaction, qui s'accrut, acquit la grosseur d'une noix, s'ulcéra, et donna lieu à des pertes de sang. Les ganglions gauches s'engorgèrent simultanément avec l'apparition de la tumeur. Celle-ci fut enlevée, et la femme renvoyée, comme

(1) Tumeurs mélanotiques de la vulve. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1868, n° 47, p. 740 et s.

(2) Ueber die Ursachen der Krebskrankheit und ihre Heilbarkeit durch das Messer. *Deutsch. Zeits. f. Chir.*, XIV, 1880-81, p. 548, 550.

guérie, au bout de 4 semaines. Peu de semaines après, récidive, sous forme d'un nouveau néoplasme sur les grandes lèvres. Six mois après l'opération, les ganglions gauches s'ulcérèrent, la femme s'affaiblit de plus en plus et succomba. On accepta l'idée que l'irritation produite par une leucorrhée chronique avait pu jouer un certain rôle dans l'étiologie de l'affection.

HISTOIRE CLINIQUE

Le mode de développement de ces tumeurs mélano-sarcomateuses de la vulve est essentiellement le même que celui de leurs congénères d'origine dermique. Toutefois, dans leur évolution, les premières présentent certains traits particuliers qui leur sont dévolus par la nature éminemment vasculaire des muqueuses, et par la conformation anatomique des parties. D'autre part, la connaissance de l'histoire clinique des sarcomes cutanés est d'un grand secours dans cette étude (1).

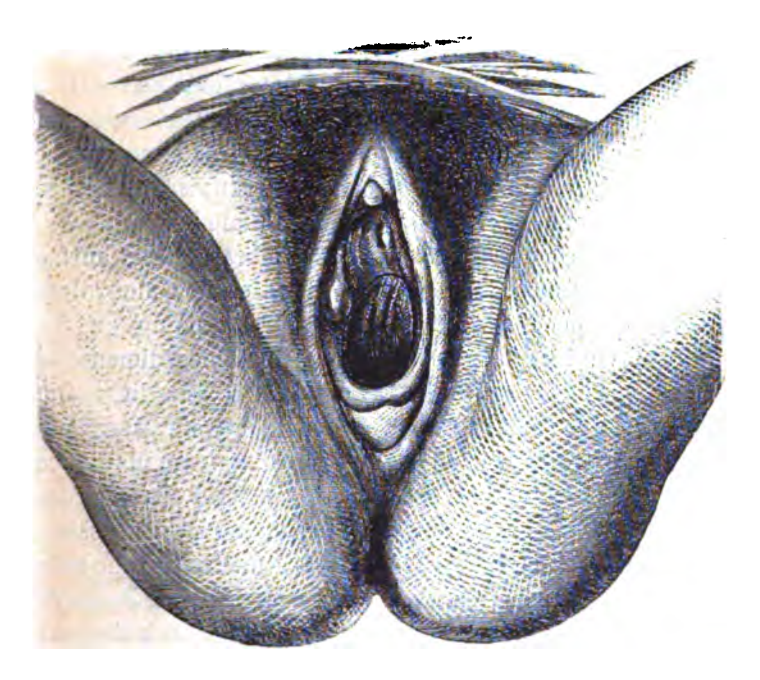
(1) A ce sujet, il y a peut-être intérêt à donner quelques détails sur quelques cas de tumeurs mélano-sarcomateuses, développées au voisinage des organes externes de la génération, cas disséminés dans la littérature médicale et couramment reçus comme étant des faits de tumeurs vulvaires.

FERGUSSON a rapporté un cas de tumeur, en toute probabilité de nature mélano-sarcomateuse (« Recurrence of a Melanotic Tumor ; Removal », *Lancet*, vol. 1, 1851, p. 622). Une femme âgée de 45 ans, avait une tumeur solide, mobile, qui de l'épine iliaque s'étendait en bas jusqu'à mi-chemin du ligament de Poupart. Deux années auparavant, elle avait une tumeur, bleu noir, à court pédicule, située à droite du mont de Vénus. La peau située au-dessus, s'ulcéra et mit à découvert un néoplasme fongueux, qui donna lieu à des hémorrhagies abondantes. On l'extirpa, et la cicatrisation eut lieu. La tumeur inguinale (évidemment d'origine lymphatique) se montra secondairement à celle du mont de Vénus. L'examen histologique ne fut pas fait, mais l'on qualifia la tumeur de *mélanotique*.

FISCHER (loc. cit.) relate le cas suivant : Une femme avait, depuis sa 34e année, une tumeur noirâtre au niveau du périnée. Avant sa 54e année, une tumeur, du volume de deux poings, embrassant les ganglions lymphatiques gauches, apparut, et on l'extirpa. 11 ans après, il n'y a pas encore eu de récidive.

WAGSTAFFE (« Pigmented Myxoma, alveolated, removed from near the Labium Majus » *Trans. Path. Soc. of London*, vol. XXIV, 1873, p. 167

Le mélano-sarcome de la vulve débute sous forme d'une petite tache rouge ou purpurine, située dans la portion profonde de la muqueuse. Bientôt cette tache se transforme en papule, puis en nodule, dont on peut voir un bel exemple, sur la figure ci-dessous, dans la lésion ovalaire plus petite,



située immédiatement en dedans du bord de la grande lèvre droite et au-dessus de la tumeur véritable. Sur une surface plane, ce nodule peut affecter une forme sphérique

---

rapporte le cas d'une femme âgée de 42 ans, qui avait une tumeur conique, du volume d'un œuf de pigeon, sur la grande lèvre gauche. On dit qu'elle était du type mixte de myxo-sarcome.

On peut faire remarquer que les tumeurs mélanotiques de l'utérus sont très rares, et qu'habituellement, elles appartiennent à la forme mélano-sarcomateuse. D'autre part, on n'a jamais observé de cas de mélano-carcinome ou de mélano-sarcome, développé primitivement soit sur les ovaires soit sur le vagin.

ou ovalaire; mais, dans une dépression comme au niveau du sillon inter-labial, il peut avoir un aspect linéaire (il en était ainsi, dans mon cas, au début de la maladie). Dans une région anfractueuse, au voisinage du méat urinaire, de l'orifice du vagin, de la fourchette, il n'aura pas de forme bien définie. Le nodule représentant, peut-on dire, la lésion bien développée du processus morbide, ses progrès ultérieurs se dessinent promptement. S'accroît-il en surface, il donne lieu d'abord à des tumeurs sessiles. Mais si, comme dans mon cas, le néoplasme morbide, est très exubérant, et vers l'extérieur, on peut voir se former une tumeur nettement pédiculée, comme il est indiqué dans la planche.

Quand le processus néoplasique embrasse une surface plus étendue, on trouve des tumeurs sessiles, de volume variable, qui peuvent avoir la grosseur du poing ou d'un œuf d'oie. Ou bien, n'ayant pas de semblables dimensions, elles peuvent s'étaler plus ou moins loin de leur lit, comme dans le cas de Terrillon. Au toucher, elles paraissent plus fermes que l'éponge et moins que le caoutchouc non vulcanisé; on peut comparer leur densité à celle d'une prune. Leur surface est tantôt lisse, tantôt finement ou grossièrement lobulée. Il semble qu'elles soient formées par une substance homogène, et, sous diverses incidences de la lumière, elles présentent une coloration bleue ou noire, parfois une combinaison de ces deux nuances. Bien que fermement adhérentes, elles obéissent facilement à la traction et au déplacement. Quand elles sont très volumineuses, elles peuvent devenir, à leur surface, verruqueuses ou même fongueuses. Et, dans ce cas, elles exsudent une sorte d'ichor sanguinolent (peut-être d'odeur fétide), et, à l'occasion, s'incrustent plus ou moins. Éventuellement, à la suite d'érosions, elles deviennent le siège d'ulcérations superficielles, et, à cette période, comme d'ailleurs dans celles où elles deviennent verruqueuses ou fongueuses, elles sont, parfois, le point de départ d'hémorrhagies modérées ou abondantes. Leur masse centrale est susceptible de subir

des phénomènes de ramollissement, processus qui aboutit à la formation d'ulcères nécrosiques et putrides. S'accomplit-il au niveau de cette sorte de mélano-sarcome, une résorption spontanée, comme le fait se produit dans les néoplasmes analogues de la peau, nous ne sommes pas en état de le dire. D'autre part, comme le tissu connectif est rare du côté vulvaire de ces tumeurs, il est peu probable qu'on soit appelé à voir, dans cette région, rien qui rappelle les nodules sous-cutanés des mélano-sarcomes du tégument. L'ablation de ces tumeurs peut être ou non suivie d'une cicatrisation parfaite.

De nos connaissances actuelles, on peut établir que les progrès de l'affection sont parfois lents et parfois tout à fait rapides, alors que le processus a un caractère d'exubérance nettement accusé. C'est ce que l'on observe chez les sujets avancés en âge, et il serait intéressant de suivre, attentivement, à l'occasion, la marche de la maladie chez les jeunes sujets.

Dans le cas de Terrillon, il est noté une pigmentation noire, diffuse, de toute la muqueuse vaginale, sans aucune autre forme d'hypertrophie. Il y a là quelque analogie avec la coloration bronzée, générale du tégument, qu'on observe parfois au cours du mélano-sarcome de la peau. Cette pigmentation est également signalée dans l'observation de Bailly.

Les symptômes du mélano-sarcome de la vulve sont en réalité fort modérés. A leur début, ces néoplasmes causent un peu de cuisson, de prurit, et éventuellement donnent lieu à des hémorrhagies plus ou moins abondantes. Plus tard, ils causent des malaises en raison de leur volume. S'ils siègent près de l'urèthre, ils gênent la miction, et, dans le voisinage de la vulve, créent des obstacles mécaniques très fâcheux. Dans la période de dégénérescence, ils peuvent devenir l'origine de grandes souffrances et de nombreux malaises.

Il existe touchant la marche et le mode de généralisation du mélano-sarcome, comme d'ailleurs quand il s'agit des autres néoplasmes malins, tellement d'incertitude, qu'il est im-

possible de tenter de les décrire; il n'est pas deux cas dan
quels les choses se passent de la même manière. La gén
lisation, dans la variété qui nous occupe, se fait par les
lymphatiques, qui aboutissent directement aux viscères;
donc sur ces organes qu'on doit s'attendre à voir se pro
les infections secondaires. Dans le cas de sarcomes de la
l'extension maligne s'opère par les vaisseaux sanguins,
phatiques, et par continuité de tissus ; aussi, voit-on,
manière si constante, de nouveaux noyaux morbides a
raître sur l'enveloppe externe. Il est vraisemblable que
le mélano-sarcome des organes génitaux de l'homme
la femme, la peau n'est pas intéressée d'aussi bonne heu
aussi fréquemment que le système lymphatique et les
cères. Nous devons noter, toutefois, que dans le cas de
rillon, on constata, indépendamment d'une infiltration
cérale considérable, un nodule mélano-sarcomateux
niveau du dos.

Il paraît probable que chez ma malade les noyaux m
tatiques se localisèrent dans la portion inférieure de la p
bérance.

Et, en raison du défaut de symptômes, il est permi
supposer qu'aucun autre organe ne fut le siège de m
tases.

Le moment où se produisent la généralisation ou les
nomènes métastatiques du mélano-sarcome de la vulv
même que pour toutes les variétés de sarcomes, est in
tain. Chez la malade, citée par Terrillon, la généralis
débuta dans l'aine, au bout d'environ 11 mois, et, dans le
que j'ai rapporté, l'éclosion d'accidents nerveux, 30 moi
viron après l'apparition de la maladie, semble confirmer
vue que des modifications secondaires se produisent da
cerveau à peu près au bout d'une telle période de te
Comme la mort survint, dans le cas d'Haeckel, 5
après l'opération, 6 mois après dans celui de Fischer, et
vraisemblablement après quelques mois dans celui de B
il est rationnel d'admettre que le marasme s'était déjà é

ou que des noyaux métastatiques s'étaient produits. Les observations de Göth et de Müller ne nous apprennent rieu sur ce point.

L'âge de ma malade, l'âge de celle de Terrillon, auquel apparut la maladie, fut 60 ans et, bien que cette donnée ne soit pas précisée dans l'observation de Göth, il ressort nettement de la description faite, que la femme dont il s'agit avait aussi dépassé la période moyenne de la vie. La malade d'Haeckel avait 60 ans, celle de Bailly 72, enfin celle de Fischer, la plus jeune, était âgée de 56 ans. Les statistiques relatives aux autres variétés de sarcome indiquent qu'ils ont plus de tendance à se montrer tard que de bonne heure au cours de la vie ; toutefois, les chiffres précédents paraissent établir qu'il existe pour le mélano-sarcome de la vulve une disposition encore plus uniforme, plus constante, à évoluer durant les dernières périodes de l'existence. Ainsi Kaposi, parlant des sarcomes de la peau, place la date de l'invasion entre 40 et 68 ans ; Tanturri, d'après Perrin (1), entre 43 et 60 ans, et de Amicis, entre 39 et 74 ans. Mais les exceptions, par rapport à ces chiffres, ne sont pas rares. Dans le cas de Kobner, il s'agissait d'une fille âgée de 9 ans ; dans celui de Billroth d'un sujet âgé de 10 ans, de 22 ans dans celui de Perrin. Toutes ces observations ont trait à des sarcomes de la peau. Selon toute probabilité, des statitisques nouvelles établiront que le mélano-sarcome des muqueuses correspond à l'âge moyen et à la vieillesse.

Examen microscopique. — Dans mon cas, le diagnostic microscopique est : *sarcome mélanotique, à cellules petites et fusiformes.* Les amas pigmentaires de la tumeur, à nuances noire et grise étaient constitués par des nids de cellules étroitement aggrégées, petites, fusiformes, disséminées dans un stroma peu abondant. Sur aucune préparation, on ne retrouvait le revêtement épithélial de la région vulvaire. A la fois, stroma et éléments cellulaires contenaient des amas

(1) *De la Scaromatose cutanée.* Paris, 1886.

plus ou moins considérables de pigment brunâtre. En cer
points, la préparation était, relativement, dépourvu
matière pigmentaire. En d'autres, par contre, il était
difficile de découvrir autre chose que des accumulation
pigment. L'examen et les dessins microscopiques sont
au Dr Ira Van Gieson.

Dans le cas de Göth, le diagnostic anatomique fut :
come alvéolaire mélanotique.

Dans le cas de Terrillon, on constata la présence
cellules rondes du mélano-sarcome. En outre, l'exame
sang et de l'urine, y décela la présence de petites gra
tions noirâtres.

L'examen microscopique, dans le cas de Müller, Hae
et Bailly montra qu'il s'agissait de sarcome mélanotiqu

Étiologie. — Il n'est rien dans l'histoire de ces ca
donne une indication sur l'origine deces néoplasmes ma
De leur analogie avec les tumeurs congénères de la p
on peut, à la rigueur, inférer qu'une lésion congénitale
tout si elle est de nature pigmentaire, qu'une anomali
structure des parties, héréditaire ou acquise, ou bien qu
agents irritants, les traumatismes ou même qu'un si
processus hyperplasique peuvent en être le point de dép
mais, en réalité, nous ne savons rien de positif à ce suje

Hildebrand (1) rapporte le cas d'une vieille femme,
laquelle il se développa au niveau de la vulve un sarco
la suite de cautérisations répétées de végétations de l'ur
avec le cautère actuel et les acides. L'enseignement
découle de pareils faits, c'est que, chez les sujets avanc
âge, il est préférable de supprimer ces lésions avec le
touri que de les cautériser. De fait, toute production hy
plasique, irritée, des organes génitaux des vieilles fem
et même des femmes d'un âge moyen, peut dégénérer et p
dre un caractère de malignité, aussi importe-t-il d'inter

(1) « Die Krankheiten des äusseren weiblichen Genitalien », *Bill*
Handbuch der Frauenkrankheiten, Stuttgart, 1887.

avec beaucoup de circonspection (1). Dans le cas de Fischer, on admit que la leucorrhée avait pu jouer le rôle d'un facteur étiologique.

Diagnostic. — Les caractères objectifs du mélano-sarcome de la vulve sont tellement nets qu'il est en général aisé de faire le diagnostic. Mais, il peut être nécessaire de faire une distinction entre l'affection qui nous occupe et le carcinome mélanotique, lequel a une tendance à se montrer sur les surfaces cutanées (grandes lèvres), ou à leur jonction avec les muqueuses, et aussi sur la peau des extrémités.

---

(1) Les cas de mélano-carcinome de la vulve sont également rares, et, parfois, on les range parmi les sarcomes. On a rapporté les observations suivantes.

Le cas de Prescott Hewitt (« Melanosis of the Labium and Glands of the Groin, » *Lancet*, vol. I, 1861, p. 264) concerne une femme âgée de 59 ans, Elle avait remarqué 8 mois avant l'opération, sur la surface antérieure des grandes lèvres, une tumeur. On pensa qu'elle s'était développée sur une tache brune qui existait, en cette région, depuis plusieurs années. La tumeur grossit rapidement, s'ulcéra et saigna abondamment. Deux mois après, la maladie reparut *in situ*, des symptômes cérébraux éclatèrent, qui emportèrent la malade 6 mois après l'opération.

Klob (« *Pathologische Anatomie der Weiblichen Sexualorgane* », 1864 p. 467, cité par Haeckel), relate succinctement le cas d'une femme âgée, qui avait un nodule mélano-carcinomateux des grandes lèvres, et qui mourut du fait de la généralisation de la maladie.

Muller (*loc. cit.*, p. 447) relate l'observation d'une nullipare, âgée de 33 ans, qui avait une tumeur indolente, élastique, de coloration noir bleu, et du volume d'une noix sur la face interne de la grande lèvre droite, près du clitoris, et qui avait grossi en quelques mois. Cette tumeur, qu'on pouvait suivre en bas jusqu'au pubis, se perdait dans la profondeur des tissus. Son apparition n'avait pas été précédée d'une production de la nature des nævi. La tumeur fut extirpée au moyen d'incisions profondes, et la plaie cicatrisa d'une manière satisfaisante. Immédiatement après l'opération, les ganglions inguinaux droits s'engorgèrent, mais, dans la suite, ils redevinrent normaux. L'examen miscroscopique montra que la tumeur était de nature mélano-carcinomateuse.

Dans « l'*Atlas de la syphilis* » de Kaposi, on peut voir (Heft. I. Planche XII) un excellent dessin, d'un cas de mélano-carcinome de la portion externe de la grande lèvre gauche.

Le carcinome mélanotique a l'aspect général de l'ép
lioma; il s'accompagne souvent de dépôts pigment
tantôt considérables, tantôt petits, et le nodule initia
bientôt suivi de l'apparition de nouveaux nodules dans
voisinage. Son évolution est plus rapide que celle du
come pigmentaire des mêmes régions. En général, les
plasmes carcinomateux ont une tendance à se développer
tout dans la profondeur des tissus, tandis que les sarco
bourgeonnent de préférence vers la superficie. Il con
de rappeler que les tumeurs mélano-sarcomateuses peu
dans la suite de leur évolution, devenir verruqueuse
fongoïdes à leur surface, et que ce caractère s'accus
bonne heure quand il s'agit du mélano-carcinome. Il imp
sous le rapport même de l'existence, que le diagnostic
fait à une époque précoce de l'affection, car ici, comme
toutes les autres variétés de cancer, l'avenir de la ma
dépend de l'époque où ce diagnostic est établi.

Pronostic. — Il est d'observation vulgaire que l'inva
d'une muqueuse par une néoplasie sarcomateuse es
mauvais augure. Or, cette observation, faite à propos
dépôts secondaires dans le cas de sarcome cutané et v
ral, est d'une exactitude toute particulière quand il
d'invasion primitive des muqueuses. Au sein de ces t
éminemment vasculaires l'affection prend un caractère d
bérance accusé, et le processus morbide s'y greffe
façon particulièrement vigoureuse. En outre, d'ailleurs
portions (1) de muqueuses sur lesquelles les sarco

(1) JONATHAN HUTCHISON — « Clinical Lectures and Reports of L
Hospital » (*Cancer of femal genitals*), London, 1865, traitant de l'épith
de la vulve, dit : « La durée moyenne de l'existence est plus longu
dans les cas de cancer médullaire des os et beaucoup plus court
lorsqu'il s'agit de cancer du sein. La raison de cette rapidité dans l'évo
morbide, doit être cherchée dans la notion des conditions vasculaires
région, dans la richesse en lymphatiques, et dans le fait que la mala
montre à un âge peu avancé. Nous voyons, en effet, le cancer des o
génitaux de la femme se montrer avant 30 ans, et je l'ai observé m

simples et pigmentaires, montrent une tendance à se développer (face et organe génitaux), sont en connexion immédiate avec des groupes importants de ganglions lymphatiques, qui paraissent subir plus rapidement l'infection que lorsque les néoplasmes siègent sur la peau.

Dans le cas de Terrillon et dans le mien, la mort survint dans une intervalle de 2 à 3 ans, et dans les 2 la récidive se fit peu de mois après l'extirpation du néoplasme initial. La mention faite, dans le cas de Göth, que 5 mois après avoir été opérée, la femme ne présentait aucune trace de récidive, n'a évidemment aucune importance. Il eût été sans doute autrement préférable qu'on eût observé le cas durant 5 années que pendant 5 mois. Le fait significatif dans l'observation de Terrillon consiste en ce que, au moment de l'opération, les ganglions inguinaux correspondant au côté malade, n'étaient pas notablement engorgés, et que, malgré l'absence de récidive de ce côté, on trouvait 8 mois après, pourtant dans cette même région inguinale, une tuméfaction ganglionnaire.

A ce sujet, on peut ajouter que, dans l'histoire des néoplasies malignes considérées en général, il est assez fréquemment noté qu'une femme, renvoyée comme guérie après avoir été opérée, revient plus tard, après des mois ou même des années, portant des ganglions engorgés qu'on avait cependant pensé être intacts au moment de son départ. Aussi, en aucun cas, quand nous avons extirpé une tumeur, même si nous n'avons pu constater aucun engorgement ganglionnaire, ne sommes-nous autorisés à affirmer, que la femme n'aura pas de récidive à leur niveau ou sur une autre région. Lorsque la tumeur est jeune, petite, d'extirpation facile, et qu'il

24 ans. Chez les jeunes sujets, les phénomènes de développement et de résorption sont plus actifs que chez les sujets âgés. Aussi, toutes les variétés de processus cancéreux tendent-ils à affecter une évolution aiguë quand il sapparaissent chez de jeunes personnes. Par la raison que le mélano-sarcome des autres régions a été observé chez des sujets jeunes, il est possible que celui de la vulve puisse se montrer plus tôt que dans les cas rapportés dans cet essai.

n'existe pas d'engorgement ganglionnaire, le pronostic
réservé et comportera quelque espoir. S'agit-il d'un
plasme ancien, volumineux, fortement adhérent, et su
accompagné de quelque complication du côté de l'app
lymphatique, ce pronostic sera au contraire grave. L'e
gement précoce des ganglions représente un symptôm
rieux, et son développement ultérieur signifie inévitable
« la mort ». La mort de ma malade, de celle de Terr
environ au bout de deux ans, de même que celle des ma
d'Haeckel et de Fischer après quelques mois, ce sont l
faits qui confirment ce jugement.

La différence, quant à la malignité, des sarcomes e
carcinomes dépend des voies par lesquelles se fait plu
bituellement leur généralisation. Les métastases sarc
teuses ont une tendance plus marquée à s'opérer pa
vaisseaux sanguins, que les métastases carcinomateuse
d'une façon générale, s'opèrent par les voies lymphati
et cela explique la plus grande malignité des sarcomes.

Traitement. — On peut, pensons-nous, formuler, à
d'axiome, que toute production sarcomateuse de la v
simple ou mélanotique, étant de nature essentiellemen
ligne, doit être extirpée aussitôt que possible. La vue et l
tence de ces néoplasmes tendent à abattre, aussi bien p
quement que psychiquement, les sujets malades. C
quemment, s'il reste quelque chance de guérison, l'abl
de ces tumeurs s'impose. Bien que dans tous les cas, on
s'attendre à un retour de l'affection *in situ*, et, d'une
nière à peu près fatale, à des productions secondaires
autre point de l'économie, il est incontestable que la m
bénéficie, du fait de l'opération, d'un grand avantage s
rapport de la santé générale. L'expérience que j'ai des
plasies malignes, aussi bien que des autres néoplasme
lins de la vulve, m'a convaincu que la meilleure faço
procéder consiste à enlever d'abord tout le tissu morbid
qu'au niveau de la peau ; puis à rogner, gratter, prudem
avec les ongles, ou avec le manche d'un bistouri, ju

ce qu'on ait fait disparaître tous les tissus douteux. Il est bien préférable d'intervenir ainsi que de recourir à la cautérisation, chimique et thermique, que préconisent quelques auteurs. Lorsque le processus affecte les orifices de l'urèthre et du vagin, l'intervention est bien plus longue, plus malaisée, que lorsque ces régions sont indemnes, et que, seules, les lèvres sont atteintes. Dans quelques cas, l'emploi du galvano-cautère est indiqné, dans d'autres, c'est le bistouri qui devient nécessaire. L'hémorrhagie peut être profuse, mais elle est rapidement maîtrisée.

En général, au moment de l'opération, les conditions sont si mauvaises que l'extirpation simultanée des ganglions est difficilement justifiée. C'est au bon sens et à l'expérience du chirurgien qu'il convient de laisser le soin de décider de l'opportunité de leur extirpation ultérieure. Si les ganglions sont mobiles, si la tuméfaction n'est pas trop ancienne, on peut en faire l'ablation. Chez une malade, où cette tuméfaction avait la grosseur d'un œuf d'oie, et où elle adhérait intimemement aux fascias, il est évident que des tentatives d'extraction n'eussent été qu'un acte de folie.

Dans ces cas, où le pronostic est tout à fait fâcheux, il convient de recourir à tous les moyens auxquels on accorde quelque crédit au point de vue d'une immunité future. Me basant sur l'observation de Shattuck (1), guérison probable d'un mélano-sarcome, de celle de Kobner (2), guérison, en apparence certaine, d'un enfant atteint de la même affection, j'entrepris, dès que je le pus, les injections hypodermiques arsenicales. Il est incontestable que cet agent ramollit la masse ganglionnaire et détermina sa résorption partielle. Employées plus tôt, peut-être eussent-elles été curatives ? Aussi la conclusion rationnelle qui se dégage de nos connaissances actuelles touchant les effets de l'arsenic sur le sarcome, c'est qu'il faut l'administrer, par la voie hypodermi-

---

(1) *Jour. of the Am. med. Ass.* 4 *juillet* 1885.

(2) *Berl. Klin. Woch.* n° 2, 1882.

que, à doses massives et croissantes, aussitôt et aussi
temps qu'il est possible.

Et, même si le pronostic est inévitablement fatal,
tirons encore quelque satisfaction de l'assurance où nou
mes, qu'à condition de réaliser une ablation parfaite
masse vulvaire, nous délivrons au moins la malade
témoin cruel qui, à chaque instant, lui rappelle sa
destinée.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 15, 22 *et* 29 *mai* 1889.

Discussion sur le morcellement des myômes utérins sous-mu

M. Terrillon fait une communication sur le **traiteme
fibromes utérins interstitiels sous-muqueux**. Lorsque ce
meurs causent des accidents (hémorrhagies, douleurs, s
mie), il faut les attaquer chirurgicalement. La dilatation
utérin permet de déterminer si la masse morbide est accessi
la cavité utérine. En cas de réponse affirmative à cette inv
tion, la meilleure pratique est de morceler la tumeur et d
tirper ainsi, suivant la méthode de Baker Brown, de Thon
Péan. M. Terrillon morcelle la tumeur par écrasement, à l'a
fortes pinces. Sur cinq cas, M. Terrillon a eu des résultats
lents, et a obtenu sans accidents le retrait immédiat de l'u
Deux malades, en particulier, perdaient en grande quanti
sérosité un peu sanguinolente, dont la rétention causait, de
à autre, des crises fort sérieuses ; l'ablation de myômes les
dement guéries. Mais, dans d'autres circonstances, la dila
conduit dans une cavité utérine où aucun myôme n'est at
ble. Dans ces conditions pourtant, et sans qu'on sache trop
quoi, cette opération préliminaire n'est pas toujours inutile.

M. Bouilly corrobore de son expérience personnelle les

tions de M. Terrillon. Sur cinq opérées, cependant, il en a perdu une; mais, c'était une femme chez laquelle une première séance, entreprise pour une tumeur énorme, avait dû être interrompue à cause de l'hémorrhagie, et la seconde intervention a fait succomber, dans le choc, cet organisme débilité. Dans les autres cas, l'hémorrhagie pendant l'opération fut modérée et l'évolution ultérieure fut bénigne. Et cependant sur une des malades le myôme était putréfié : M. Bouilly a, dans ce cas, pris la précaution d'insister sur les lavages antiseptiques préalables de la région. Une autre de ces femmes avait subi la castration, mais avait vu les hémorrhagies reparaître au bout d'un an. M. Bouilly morcelle la masse par des sections cunéiformes aux ciseaux; M. Terrillon procède par écrasement, à l'aide de solides pinces.

M. Guéniot parle du **traitement des polypes de l'utérus.** Il s'attache surtout à démontrer que souvent la vascularité de ces tumeurs est beaucoup plus grande qu'on ne le dit, que le morcellement est dès lors aisément dangereux. Il faut sectionner le pédicule au serre-nœud. M. Desprès maintient que le vrai polype fibreux n'est que peu vasculaire. Revenant sur le point spécial dont s'est occupé M. Terrillon, il montre que cette opération a été faite autrefois par Huguier pour les fibromes du col, par Amussat et Maisonneuve pour ceux du corps, mais que la fréquence de la perforation de l'utérus par ces manœuvres y a fait renoncer.

M. Segond a fait, en s'appuyant sur des faits modernes, quelques restrictions dans le même sens. Les succès de MM. Terrillon et Bouilly démontrent que l'opération discutée est souvent bonne; M. Segond a aussi eu parfois à s'en louer. Mais il ne faut pas se dissimuler les dangers immédiats d'une intervention certainement faite un peu à l'aveugle: il existe un assez grand nombre de cas de mort. Il serait donc bon qu'on précisât les indications; qu'on indiquât la manière de reconnaître si la masse à énucléer est séparée de la surface péritonéale par une coque utérine suffisamment épaisse. Or c'est précisément ce qui est laissé dans l'ombre, en particulier dans la thèse de M. Secheyron.

M. Pozzi appuie l'opinion de M. Segond et conseille de ne pas trop se laisser tenter par la voie vaginale pour toute les grosses tumeurs faisant saillie du côté de la cavité utérine.

M. Terrillon tient avant tout à mettre hors de cause les polypes fibreux utérins, dont on a parlé à tort dans la discussion. Pour les

myômes interstitiels, il en est certainement qui sont justi
de la laparotomie, mais alors l'intervention est plus grave
aurait tort de trop restreindre les indications de la voie
nale.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE pense en effet que les deux mé
ont leurs indications. Il ajoute, d'autre part, que le morcel
par la voie vaginale est une opération ancienne, que tous les
giens ont pratiquée et pratiquent. Il insiste sur le peu d
fourni par le fibrome lui-même. Dans les ablations de polyp
par les contacts avec la muqueuse que l'on provoque des
rhagies, au moment où l'on manœuvre pour placer l'écras
le serre-nœud. Il faut aller vite, avec les ciseaux. Après tou
opérations, M. Championnière se borne aujourd'hui à un
tamponnement antiseptique du vagin.

M. TERRIER préfère, en principe, voir ce qu'il fait. Il s'e
sieurs fois bien trouvé de l'énucléation du myôme après la
mie et incision de l'utérus sur la tumeur. Puis la cavité ain
est affrontée par des sutures, si la chose est possible. Si la
est trop vaste, ou si elle a été infectée par un myôme suppu
est suturée à la plaie pariétale et drainée.

M. POZZI, qui ne se déclare pas adversaire résolu de la v
ginale, parle dans le même sens, et ajoute de plus que l'hy
tomie supra-vaginale s'est beaucoup améliorée.

Séances des 5, 12, 19 *et* 26 *juin.*

Discussion sur le traitement des myômes utérins par l'élec

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait une communication sur le
ment des myômes utérins par l'électricité. Il a entrepris
point des recherches avec le concours de M. le Dr DANION, s
ment exercé au maniement des appareils électriques. Leur tec
diffère un peu de celle que recommandent d'autres auteurs. S
en effet on préconise les hautes intensités, 135, 150, 200 m
pères. Mais alors les femmes souffrent presque toujours. L'in
au contraire est absolue si au début on s'en tient à 60 millian
et si l'on arrive à 80, 90, sans jamais dépasser 110 ou 115. L'él
intra-utérine est une tige de platine ; l'électrode externe pe
une large armature en cuir et métal qu'on applique sur l'ab
mais pour éviter à coup sûr les eschares rien ne vaut en

large gâteau de terre glaise. L'électrode utérine doit, pour bien faire, être introduite dans la cavité du corps mais cette manœuvre n'est pas toujours aisée, mieux vaut alors ne pas insister et s'en tenir à l'introduction dans le col. Enfin, et surtout dans ce dernier cas, lorsque le traitement semble inefficace, on obtient parfois des résultats réels par le renversement des pôles. On commence toujours par appliquer dans l'utérus le pôle positif puis, au bout de quelques minutes, on intervertit les pôles, mais en ayant soin cette fois que le courant n'ait que le tiers, la moitié au plus de l'intensité du courant employé pendant la première partie de la séance. Ce traitement est bien supporté et ne nécessite pas l'hospitalisation des malades. Il est vrai qu'il exige des séances multiples, qu'il est long, fastidieux. Mais il donne des résultats réels, et la question est de savoir quand il faut s'y adresser. On aurait tort de prétendre que c'est la panacée des myômes, que toute intervention sanglante doit être rejetée en principe. En réalité, lorsque les accidents sont sérieux il faut agir vite, et l'instrument tranchant seul permet de le faire. Mais il ne faut pas penser que tous les myômes, inversement, ressortissent à la chirurgie : bon nombre sont rendus très supportables par l'usage de la sabine à l'intérieur, par l'emploi des eaux chlorurées, etc. De plus, après la ménopause il est indiscutable que les accidents se calment. C'est surtout pour les cas médiocrement graves, non pressants, sur une femme qui a passé la première jeunesse, c'est surtout alors qu'on se trouve bien de l'électricité, pour permettre à la femme d'atteindre plus facilement l'époque heureuse de la ménopause. Il faudra en outre essayer d'associer ce traitement au traitement médical, aux saisons balnéaires, et il est probable que les résultats seront meilleurs encore.

De la communication de M. Championnière, M. Bouilly retient surtout les prudentes réserves. Les résultats sont symptomatiques et non curatifs. Aussi, avant d'émettre un jugement, faut-il tenir grand compte de la marche qu'ont souvent les fibromes abandonnés à eux-mêmes ou soumis au traitement médical jusqu'à présent classique. Les faits sont fréquents, où des améliorations et des aggravations surviennent sans qu'on sache pourquoi. Ces phénomènes s'observent surtout aux environs de la ménopause ; pendant quelques mois le fibrome évolue rapidement, puis il diminue avec une égale rapidité, en même temps que cessent les douleurs

et les métrorrhagies. Ces poussées s'améliorent sous l'infl
d'une foule de moyens simples : repos, injections chaudes et
longées, médications internes diverses, piqûres de morphi
faut donc se méfier d'attribuer en propre au traitement él
trique des cas qui guérissent fort bien, soit seuls, soit par
porte quels moyens. Et d'ailleurs M. Bouilly se méfie au
l'exagération : il a soigné 4 malades qui, soumises auparav
l'électrisation avaient vu les accidents reparaître, après une c
amélioration. Certes, toutes les méthodes, même les meill
en sont là et ont leurs cas de rebut. Mais ces faits démon
qu'il ne faut pas se hâter de conclure. M. Bouilly ne fait au
aucune difficulté pour reconnaître que la méthode élect
donne des améliorations symptomatiques. Lui-même en a o
une, de concert avec M. Danion, pour un fibrome postérieur,
accidents de compression rectale dus surtout à de la param
concomitante. Il est à noter que l'électrode interne n'a pa
introduite dans l'utérus, mais a simplement été appliquée su
saillie qui proéminait dans le cul-de-sac postérieur.

M. Segond pense à peu près comme M. Bouilly : l'électris
n'est bonne que comme pis aller, lorsque la chirurgie acti
contre-indiquée. Mais certes on sera heureux d'avoir mieux à
que d'appliquer sur le ventre des compresses plus ou moin
néralisées lorsqu'on se trouvera en présence d'un de ces fibr
dont la cure opératoire serait à peu près sûrement mortelle. C
le cas pour une femme de 47 ans, atteinte d'un fibrome m
trueux et épuisée par la douleur, les pertes, les poussées de
tonite et d'occlusion intestinale. Elle voulait se le faire enl
mais elle y eût presque sûrement perdu la vie. Le traitement
trique fut donc entrepris par M. Apostoli, et le résultat est
veilleux. La malade travaille, trotte, mange, dort, ne souffre
n'a plus eu une seule métrorrhagie. La tumeur est toujours g
mais elle a certainement diminué. La méthode employée
celle des hautes intensités, jusqu'à 230 milliampères. Les sou
ces ont été très tolérables. Il y a eu vingt-deux séances à élec
intra-utérine positive, et une négative.

M. Kirmisson communique une observation analogue à la p
dente. Sur une femme de 48 ans, un fibrome remontait ju
l'épigastre et causait des douleurs, de l'oppression, de la dysp
Pas de métrorrhagies. M. Apostoli fit en quatre mois di

séances, tantôt positives, tantôt négatives, avec des courants allant à 180, 200 milliampères. La douleur a été notable, quoi qu'en dise l'auteur de la méthode, mais en somme le soulagement est grand. La tumeur a diminué, mais peu.

M. SCHWARTZ apporte un fait heureux. Lui aussi a fait appel au concours de M. Apostoli, pour un fibrome, gros comme une tête d'enfant, qui comprimait la vessie. Les douleurs étaient violentes, les métrorrhagies abondantes. On avait épuisé les méthodes bénignes et l'on songeait à l'hystérectomie. Dix-huit séances furent espacées en deux mois, durant chacune cinq minutes. On n'a pas dépassé 130 milliampères. Quelques séances ont été douloureuses. Le fibrome a un peu diminué, et surtout le résultat symptomatique a été bon et s'est maintenu.

Les chirurgiens précédents ont tous fait appel à un spécialiste pour le maniement des appareils électriques. M. LE DENTU, au contraire, a opéré lui-même. Il a traité ainsi deux malades. Une négresse a été soignée par lui de mars à décembre 1885 pour un fibrome dur, enclavé dans le bassin, causant de la compression rectale. Elle a subi quatre-vingt-une séances et a été rapidement améliorée, mais la tumeur n'a guère diminué, ce qui tient sans doute à sa dureté initiale. Dix-sept séances ont été faites en 1886. Le résultat s'est maintenu depuis cette époque. Au début, M. le Dentu avait des appareils défectueux et n'atteignait que de 10 à 25 milliampères ; il est arrivé plus tard à 180. Le seul accident à noter a été la formation de quelques eschares dans le vagin. L'autre malade a été moins heureuse. C'était une créole venue des Antilles pour se faire soigner. Son fibrome était volumineux et mou et les cinq ou six premières séances le firent vite diminuer. Mais jamais M. le Dentu n'a pu dépasser 50 milliampères, et à la fin il a dû revenir à 35, à 30 même. Au bout de dix-huit séances, le résultat était réel, mais assez léger. M. Le Dentu s'absenta et un autre médecin fut chargé du traitement : à son retour, il constata que la malade ne supportait plus l'électrisation et il fut impuissant à l'y accoutumer de nouveau, si bien qu'après un traitement médical peu fructueux, la malade repartit pour les Antilles sans avoir retiré de son voyage un bien grand bénéfice. C'est donc là un échec, mais M. le Dentu croit qu'il faut le mettre surtout sur le compte d'une technique défectueuse. L'intolérance de l'utérus est peut-être due à la longueur exagérée des séances.

En avril 1889, M. Le Dentu a adressé à M. Apostoli une mala
s'en est très bien trouvée.

M. Trélat a, sur le traitement électrique des m
utérins, des opinions fort analogues à celles de M. Chan
nière. Lui aussi a voulu se faire une conscience personnel
cette méthode aujourd'hui discutée dans le monde entie
s'est adressé directement à M. Apostoli. Certes, M. Bouill
raison d'insister sur les variations cliniques des fibromes
chirurgien, à côté de cas graves, en a vu d'autres où le fi
n'est reconnu qu'en raison de sa saillie mécanique. Les am
tions par les médications internes, par les eaux minérales, n
d'autre part, plus à prouver. Enfin, les femmes qui supp
bien leur fibrome sont pour la plupart âgées de 40 à 45 ans,
chent de la ménopause. M. Bouilly se méfie donc des coïncid
Il faut précisément juger si ces coïncidences heureuses o
fréquence telle qu'on ne puisse pas les attribuer au seul h
M. Trélat analyse donc ses sept observations personnelles.

La première a trait à une femme de 48 ans, nullipare,
commencé, à 38 ans, à avoir des métrorrhagies et chez la
il y a cinq ans, M. Rendu a diagnostiqué un fibrome. Elle
l'hôpital avec une tumeur dépassant le pubis de 10 centim
avec une cavité utérine profonde de 9 centimètres. En di
séances, où l'intensité de 170 milliampères fut atteinte, on
un résultat fonctionnel excellent ; les règles sont devenues r
les et la tumeur a diminué de moitié. La seconde malade e
femme de 26 ans, dont le fibrome fut reconnu pendant sa tro
grossesse. Quinze jours après cet accouchement, elle fut
de pelvi-péritonite et quelque temps après elle demanda de
pour un large fibrome enclavé, sus-ombilical. Seize séan
50 à 150 milliampères) procurèrent une grande améliorati
symptômes. La tumeur a peu diminué. En troisième lie
une femme de 37 ans, atteinte depuis sept ans de métror
et de dysménorrhée. Les règles sont aujourd'hui norm
le fibrome qui allait à deux centimètres de l'ombilic en
5 centimètres. Comme la seconde patiente, la quatrième
un fibrome compliqué de pelvi-péritonite, remontant à 10
mètres au-dessus du pubis ; en onze séances elle a bé
d'une grande amélioration, tandis que la tumeur su
un retrait manifeste. Le cinquième cas ne saurait entrer e

de compte : en trois séances le soulagement a été grand, et l'on n'a plus revu la malade pendant quelque temps ; puis elle a reparu, bien portante, n'ayant fait depuis aucun traitement. N'est-ce pas dès lors un hasard ? La sixième observation enregistre une amélioration graduelle en onze séances. Au début, la malade a eu quelques accidents fébriles, qui ont cessé après la dilatation graduelle et le lavage de la cavité utérine. Dans cette cavité anfractueuse il se faisait sans doute quelque légère rétention septique. La dernière malade, enfin, âgée de 39 ans, a voulu quitter l'hôpital au bout de six séances, dès que les pertes de sang ont été enrayées Elle n'est point revenue depuis.

Ainsi, il n'y a à enregistrer aucun accident sérieux, sauf la fièvre, si facile à combattre, de la sixième malade. Les résultats sont bons, mais avant tout symptomatiques ; deux fois il y a eu amélioration d'une pelvi-péritonite concomitante. De plus, il y a certainenent quelquefois une diminution de la tumeur. C'est donc là un traitement utile et sans danger. On ne saurait opiner avec ceux qui accusent cette méthode de faire perdre un temps précieux. Mais il ne faut pas exagérer en sens inverse, et prétendre qu'elle doit supplanter la chirurgie proprement dite. On en essayera quand on se trouvera en présence d'un fibrome soit inopérable, soit ne causant pas des accidents trop graves et trop pressants.

M. Berger, lui aussi, a convoqué M. Apostoli pour faire appliquer cette méthode dont on a tant parlé dans ces derniers temps, surtout en Amérique et en Angleterre. Il aurait préféré une discussion plus différée, car les observations un peu anciennes sont seules probantes. Ses faits sont au nombre de cinq, dont un concerne un fibrome sous-muqueux saillant, presque un polype. Celui-là fut soumis à l'électropuncture, du 2 avril au 18 juin dernier, et depuis les métrorrhagies ont cessé. Elles avaient auparavant conduit la malade à un degré d'anémie tel que M. Berger n'a pas osé entreprendre l'ablation de la masse morbide. Mais l'électricité a peu fait diminuer cette masse. La diminution est au contraire nette dans trois autres observations. C'est d'abord une femme de 48 ans, anémiée depuis sept ans par des métrorrhagies et mise entre les mains de M. Berger après un séjour à l'hôpital pour une fièvre typhoïde. Une tumeur montait jusqu'à deux doigts de l'ombilic ; une autre faisait saillie dans le cul-de-sac de Douglas. De novembre à mars, dix-huit séances furent faites, durant de cinq

à sept minutes. Les pertes ont cessé ; la tumeur abdominale quatre doigts de l'ombilic et surtout la tumeur vaginale a co tement disparu peu à peu. La malade va bien ; une légère mé rhagie a seulement nécessité quelques nouvelles séances. Une patiente, de 25 ans, avait le ventre plein de fibromes sous-p néaux. Des métrorrhagies modérées mais fréquentes, de la corrhée, des douleurs, des poussées de péritonite, l'ont re très cachectique, et c'est pour ainsi dire par acquit de consc qu'on a entrepris le traitement. Ce traitement fut mal supp on ne put pas dépasser 70, 80 milliampères, les fibromes o peu diminué, mais l'amélioration fonctionnelle est à peu nulle. L'observation suivante est au contraire un succès, o en seize séances sur une femme de 46 ans, atteinte d'un fib qui allait à quatre doigts de l'ombilic et causait des métrorrh graves. Le soulagement fut rapide, et aujourd'hui la tume déborde plus le pubis que de deux à trois doigts. La der malade, enfin, est un exemple encore plus net de la dimin de volume. Un fibrome, assez bien toléré, faisait saillie de q doigts au-dessus du pubis et était senti en même temps d cul-de-sac antérieur du vagin. En avril dernier, il fut sou six séances, puis la malade quitta l'hôpital. Trois mois apr palper et le toucher isolés ne trouvent plus la tumeur, acce seulement à l'exploration bimanuelle.

Toutes ces malades, sauf une, ont bien supporté le traite Le seul accident observé a été, de temps à autre, un peu de f Les séances ont eu lieu tous les trois à huit jours, les inte n'ont guère dépassé 150 milliampères. L'efficacité est incon ble. On peut observer des améliorations symptomatiques sp nées, mais de semblables diminutions de volume sortent des tudes des fibromes traités par les moyens ordinaires. M. B objecte encore que ces résultats ne seront peut-être pas dura le temps seul jugera cette question. Mais en somme on doit nuer ces essais, d'autant plus que ce traitement est bénin e les opérations chirurgicales sont pour la plupart graves.

M. Tillaux appuie l'opinion de M. Berger. Depuis une zaine d'années déjà il a souvent fait l'électrolyse dans les my Dans ces derniers temps, il a observé des malades soumis traitement régulier d'Apostoli. Une fois, à l'hôpital, la méth échoué ; mais deux fois, en ville, l'amélioration a été considé

C'est donc une thérapeutique que l'on doit expérimenter avec soin.

M. Nicaise désire d'abord montrer que, si la régularisation du traitement électrique est relativement récente, son emploi est cependant déjà relativement ancien. C'est, en somme, depuis Ciniselli (de Cremone), que la galvanocaustic chimique a pris rang dans la thérapeutique chirurgicale, et, sans parler des essais faits par Neftel (de New-York), par Semmola, sur les tumeurs en général, il faut noter que dès 1875 Semeleder a affirmé guérir par l'électricité et les myômes utérins et les kystes de l'ovaire. Et en 1878, Cutter publiait une statistique de 50 myômes traités par la galvanopuncture ; il y avait, il est vrai, 4 morts. C'est en 1882 que M. Apostoli a fait connaître à l'Académie sa méthode et ses résultats. Il faut maintenant se demander comment agit l'électricité. Or, malgré les espérances qu'on avait conçues, elle ne semble pas avoir sur la nutrition des myômes une action atrophique. Quant à la destruction par action caustique, on ne cherche pas à la produire, et on a raison. Il y a donc résultat symptomatique, et pour en apprécier la valeur il faut étudier les circonstances diverses qui peuvent influer sur la marche des myômes. On a déjà parlé des irrégularités observées aux environs de la ménopause. Mais il faut aussi tenir compte de l'état concomitant du reste de l'appareil génital, de l'endométrite simple ou fongueuse, de la congestion des trompes, des inflammations glandulaires de la muqueuse utérine (Wider, 1887). C'est précisément à cause de cela que Coe a eu de bons résultats palliatifs par le curettage utérin ; Runge de même, sur 40 cas. De même les accidents sont liés parfois à une sténose du col : de là les bons effets obtenus par la dilatation par Chadwick, Kaltenbach, Trélat. Voilà donc d'autres opérations palliatives, adjuvantes du traitement médical : c'est à côté d'elles que doit prendre rang l'électrisation, qui agit peut-être surtout par une sorte de cautérisation en surface de la muqueuse utérine. Reste à se faire une idée sur la valeur relative de ces divers procédés : à ce point de vue la queslion n'est pas encore mûre. Enfin, on ne saurait comparer ces méthodes palliatives aux grandes opérations chirurgicales curatives. Et surtout l'on doit affirmer que ces dernières semblent devenir de jour en jour moins graves. H. Fritsch (de Breslau) n'a eu que 5 morts sur ses 33 dernières myomectomies abdominales ; auparavant il en avait eu 11 sur 27.

M. Terrillon n'a pas grande expérience de cette thérapeutique,

et sur 113 myômes dont il a recueilli l'observation 7 seulement ont été soumis à l'électrisation, dont 3 par M. Apostoli. De ces trois, un est un cas de mort par septico-pyohémie rapide ; la tumeur était en voie de suppuration : il est juste d'ajouter que c'était un mauvais cas, car la tumeur n'avait pu être enlevée par une laparotomie, restée exploratrice. Une femme a vu cesser ses hémorrhagies : mais elle a 60 ans, et de plus, si elle souffrait de pertes graves, il faut reconnaître que ces pertes ne survenaient qu'à de longs intervalles et avaient déjà cessé trois ou quatre fois par le traitement médical. La troisième observation est un insuccès pur et simple. Les résultats obtenus par M. Terrillon lui-même ne sont guère plus favorables. C'est d'abord une des malades qu'il a dû débarrasser ensuite par morcellement d'un myôme intra-utérin : hémorrhagies et douleurs avaient persisté. Une autre, atteinte d'abondantes métrorrhagies, a subi vingt-deux séances sans succès. La troisième, il est vrai, a vu diminuer ses douleurs. La quatrième, enfin, a bénéficié d'un arrêt des pertes sanguines, mais cinq à six semaines après la cessation du traitement les hémorrhagies ont reparu. Ces faits sans doute sont peu nombreux, mais M. Terrillon en a retiré une impression générale peu favorable. Les fibromes ne causent ordinairement pas des pertes constantes, mais bien des hémorrhagies survenant par crises. Que l'électrisation puisse parer à une crise, c'est possible, mais il est certain que diverses opérations palliatives, la dilatation surtout, peuvent en faire autant; de même, souvent, le simple traitement médical. Ce qui est plus net, c'est la diminution des accidents douloureux : M. Terrillon l'a même constatée sur deux malades auxquelles il a électrisé l'intestin dont l'obstruction compliquait un fibrome. Quant à la disparition des tumeurs, malgré les faits de M. Berger, M. Terrillon n'y croit guère. Les tumeurs qui disparaissent sont probablement des salpingites qui se vident : l'erreur entre le myôme et la salpingité était constante il y a quelques années, et maintenant encore elle n'est pas rare. Pour les diminutions de volume même il faut être sceptique : rien n'est difficile à apprécier comme le volume d'un fibrome. Les déplacements de la tumeur, le degré de distension de l'intestin sont causes d'un trompe-l'œil perpétuel. Aussi voit-on diminuer, en apparence, des myômes traités par l'ergotine, par Salies de Béarn : et pourtant la tumeur est restée stationnaire. Enfin, abstraction faite du cas

mortel relaté plus haut, il faut se méfier de certaines complications. Trois fois M. Terrillon a eu à soigner des femmes qui, traitées par M. Apostoli, avaient une suppuration fétide du vagin. M. Terrillon ne prétend d'ailleurs pas conclure contre l'emploi de l'électrisation : c'est un palliatif utile, comme adjuvant du traitement médical.

M. Polaillon rappelle qu'en 1882 M. Pegoud (de Grenoble) a fait une thèse sur les résultats obtenus, dans le service de Gallard, par l'application des courants continus : or ces résultats étaient nuls. M. Polaillon croit en somme que ce traitement ne fait rien du tout et qu'il faut de plus en plus attaquer les myômes par des opérations sanglantes dont la gravité s'atténue peu à peu. Sur 20 hystérectomies abdominales, M. Polaillon n'en a perdu que 5, et encore 2 morts ne peuvent-elles entrer en ligne de compte (1 reins kystiques ; 1 femme opérée en état d'anémie profonde).

M. Championnière n'a jamais voulu prétendre, comme certains chirurgiens étrangers, que tout myôme doit guérir par l'électrisation, doit fondre en quelques séances. Il a affirmé dès le début que ce traitement ne doit être appliqué qu'aux myômes à ne pas opérer, soit qu'ils soient inopérables, soit que la malade approche de la ménopause et ne souffre pas d'accidents trop pressants. Dans ce dernier cas, M. Bouilly pense qu'on guérit ces femmes avec n'importe quel moyen : c'est une erreur, leur ménopause traîne au contraire volontiers. Mais les tumeurs ne disparaissent pas, ne diminuent guère : M. Championnière est à ce point de vue de l'avis de M. Terrillon. Quant à parler de coïncidence lorsque l'amélioration symptomatique est d'une rapidité extrême, le raisonnement est vicieux : ces coups de théâtre sont précisément l'apanage de cette méthode, et la vraie difficulté est de maintenir les résultats. C'est pour cela qu'il faut continuer pendant longtemps un traitement fastidieux. M. Championnière enfin maintient les avantages de la technique de M. Danion sur celle de M. Apostoli. Les observations recueillies sur cette dernière par les orateurs précédents démontrent que les souffrances sont réelles. D'autre part, il y a certainement des cas de mort. En somme il semble rester acquis pour la plupart des chirurgiens que l'électrisation est un bon traitement palliatif, le meilleur même.

A la *séance du* 3 *juillet*, M. Terrier a rapporté l'histoire d'une femme que l'on croyait atteinte d'un fibrome et à laquelle il a

diagnostiqué une double salpingite et proposé la laparot Incrédule, la malade alla se faire électriser : elle n'y gagna q péritonite dont elle pensa mourir et qui lui a laissé un g induré. L'électrisation est à étudier pour les myômes, mais double condition, qui n'est pas toujours réalisée : 1° que le cl gien soit capable de faire un diagnostic exact ; 2° qu'il soit septique, sans quoi il provoque des péritonites.

Séance du 29 *mai* 1889.

M. TERRILLON communique sa **troisième série de 35 o tomies,** avec une seule mort, par épuisement. Dans 27 d kystes il y avait des adhérences sérieuses et 4 fois il fallut l'ovariotomie incomplète. M. Terrillon signale en particuli cas où la guérison a eu lieu malgré une paralysie intestina a duré plus de 8 jours. Dans ce cas, il s'agissait d'un kyst volumineux rompu dans l'abdomen, et l'incision allait presq l'appendice xiphoïde au pubis. Pendant l'opération les enduites de liquide visqueux, se précipitèrent au dehors à proviste et M. Terrillon, pris au dépourvu, les rentra ave serviette sèche, propre, mais non aseptique. Il rappelle que deux cas analogues Olshausen a également noté pendant l'o tion la procidence de l'intestin, et qu'il attribue la paralysie rieure à ce contact avec l'air.

M. TERRIER n'admet pas cette théorie. Il pense que ces acci paralytiques sont dus à une péritonite légère, facile à con dans le cas de M. Terrillon. MM. TERRIER et TERRILLON ont tume aujourd'hui de donner aux malades avant l'opérati naphtol à l'intérieur et s'en trouvent fort bien.

A. BROCA.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 *juin.*

DUMONTPALLIER. **Du traitement de l'endométrite chroniqu les crayons de chlorure de zinc** (1). — Dumontpallier a repris, p

---

(1) On peut rapprocher ces résultats favorables obtenus avec le cl de zinc de ceux signalés par Bröse à la *Soc. Gyn. de Berlin.* Vid. in *de Gyn. et d'obst.* Novembre 1888, p. 380.

traitement de l'endométrite chronique, l'usage du chlorure de zinc, dont il avait vu d'excellents résultats dans le service de Malgaigne. La technique opératoire est la suivante : lavage de la cavité utérine avec une solution antiseptique (solution phéniquée à 1 0/0, ou liqueur de Van Swieten). Détermination exacte des dimensions de la cavité utérine et introduction dans l'utérus d'un crayon au chlorure de zinc (pâte de Canquoin), répondant aux dimensions obtenues. Le crayon doit arriver au contact du fond de l'organe. On lave alors de nouveau le vagin, de façon à enlever tout le caustique en excès, et on applique dans le cul-de-sac postérieur un bourdonnet de coton hydrophile. Un autre bourdonnet, porté sur l'orifice externe, maintient le crayon *in situ*. D'ailleurs, la contraction utérine développée peu après par la présence du caustique, fixe celui-ci : *Résultats*. Ils sont surtout excellents dans l'endométrite hémorrhagique. Peu après l'introduction du crayon médicamenteux, la perte de sang a été supprimée. De même, dans les variétés de l'endométrite, muco-purulente, pyo-hémorrhagique, l'écoulement a cessé rapidement. L'eschare produite par le caustique, est en général formée au bout le 24-36 heures, et à ce moment, il s'établit un écoulement séreux, puis muco-purulent, en aucun cas hémorrhagique. L'eschare, expulsée tantôt en bloc, tantôt par fragments, est complètement éliminée au bout de 4 à 13 jours. La cicatrisation est accomplie après 9 et 15 jours. Le traitement est douloureux, en général, durant les 24 premières heures, et l'on voit apparaître la douleur tantôt immédiatement après l'application du caustique, tantôt deux heures après. Il y a eu quelques accidents, mais ils se sont bornés à de l'insommie et à de la rétention d'urine.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 9 mai.

Présentations : AUVARD : Au nom du D[r] Sloan (Glascow), un forceps asymétrique qui permet de saisir la tête suivant le diamètre antéro-postérieur.

POLAILLON. **Procédé nouveau pour l'opération de la fistule uréthro-vaginale.** — Le nouveau procédé opératoire a été appliqué à une jeune femme, âgée de 19 ans, qui, à la suite d'une opération de taille, destinée à permettre l'extraction de plusieurs épingles à che-

veux tombées dans la vessie, avait conservé une fistule vésico-vaginale. 10 tentatives de cure chirurgicale de cette fistule avaient déjà échoué ; 7 de ces opérations avaient été faites par différents opérateurs et 3 par M. Polaillon lui-même. C'est en raison de ces échecs réitérés que l'auteur de la communication imagina le procédé nouveau.

Conditions anatomiques de la fistule. — La fistule, ayant environ les dimensions d'une pièce d'un franc, présentait un bord antérieur uréthral, un bord postérieur vésical, et deux bords latéraux, qui se continuaient avec la muqueuse de l'urèthre et celle du vagin. Le fond de la fistule était formé par la muqueuse du col de la vessie en arrière, et par la muqueuse de la paroi de l'urèthre, en avant.

Opération. — Au niveau du bord uréthral de la fistule, incision transversale, d'environ 12 millim. sur la muqueuse de la paroi supérieure de l'urèthre. Puis, au niveau du bord vésical de la fistule, incision d'égale étendue sur la muqueuse du col de la vessie. Ces 2 incisions limitaient sur la paroi supérieure de l'urèthre, un pont de muqueuse uréthrale, qui fut décollé avec une sorte de spatule mousse poussée dans les tissus sous-muqueux d'avant en arrière. Le pont de muqueuse, qui se continuait de chaque côté avec la muqueuse uréthro-vaginale, fut abaissé au niveau de la fistule, de manière à l'oblitérer. Une grosse sonde en caoutchouc rouge, introduite par le méat urinaire jusque dans la vessie, en passant au-dessus de ce pont (entre les tissus profonds sous-pubiens et la muqueuse décollée) maintenait la jonction du lambeau. On aviva ensuite les bords uréthral et vésical de la fistule qui furent respectivement suturés aux bords antérieur et postérieur du pont muqueux. Le canal était ainsi reconstitué. Une sonde fut mise à demeure. Et la restauration se fit, sauf qu'il persista au niveau du col de la vessie un petit pertuis en forme de fente produit par un fil de suture. La malade urinait normalement par le canal de l'urèthre, mais elle perdait néanmoins une grande partie de ses urines par le pertuis en question. Ce pertuis eût pu être oblitéré, malheureusement la malade, un peu indocile, fatiguée du reste des nombreuses opérations qu'elle avait subies, quitta trop tôt l'hôpital.

Discussion. — Pajot. Combien de temps la malade est-elle restée à l'hôpital ; le passage de l'urine sur la portion du canal non pour-

vue de muqueuse n'a-t-il pas d'inconvénient, n'a-t-il pas provoqué l'inflammation ? — POLAILLON. La malade est restée environ 2 mois; il n'a pas été observé d'accident inflammatoire, le résultat m'a paru très bon.

AUVARD, au nom de M. Bousquet (Marseille), communique l'observation suivante : **Cancer utérin. Grossesse. Rupture utérine. Mort.** Il s'agit d'une femme, âgée de 35 ans, qui déjà est accouchée 11 fois. 7 enfants sont vivants, et le dernier accouchement date de 3 ans. Depuis 2 ans, elle était sujette à différents malaises : douleurs lombaires et crurales, pesanteur dans le bassin, coccygodinie, élancements dans les seins, vomissements et quelques intermittences dans les époques suivies de métrorrhagies. Or, étant devenue de nouveau enceinte, voici ce que l'examen, pratiqué en février 1889, la gestation étant entrée dans le 9e mois, permit de constater : abdomen dur, fond de l'utérus au bas de la région épigastrique, l'organe est extrêmement contracté ; depuis 3 jours, il existe des douleurs utérines; il y a écoulement de sang alternant avec des flots de liquide amniotique. Doubles battements fœtaux faibles, avec des intermittences, et siégant au-dessus de l'ombilic. Toucher vaginal très douloureux, col petit, conique, absolument fermé, et très dur, diagnostic : *cancer utérin généralisé compliquant la grossesse.*

15 jours se passent pendant lesquels la femme souffre de douleurs peu intenses mais continuelles. La main posée sur l'abdomen perçoit le globe utérin contracté ; le col commence à se ramollir.

Le 16e jour, après l'examen, le travail s'accuse plus nettement. Le col s'entr'ouvre, et après 24 heures, la dilatation égale le diamètre d'une pièce de 2 francs. A partir de ce moment, plus de progrès dans la dilatation, malgré les douleurs utérines. On pratique sur l'orifice induré 4 incisions, et après recherche et saisie des pieds de l'enfant, on réalise l'extraction qui est particulièrement longue et laborieuse. *Enfant mort, de fort volume, mais évidemment à terme et complètement macéré.*

Délivrance facile, mais hémorrhagie *post partum* considérable. Malgré les injections sous-cutanées d'éther, l'évacuation soigneuse de la cavité utérine des caillots qu'elle contenait, en dépit d'une injection sous cutanée d'ergotine, la perte continue et la femme meurt, environ 2 heures après l'accouchement. En procédant à

l'enlèvement manuel des caillots contenus dans l'utérus, l
avait pu constater : *a*) qu'il existait sur toute la surface int
l'organe, des champignons cancéreux en très grand nomb
qu'il y avait, au niveau du segment inférieur de la matri
déchirure transversale, longue d'au moins 5 cent. L'auteur
particulièrement sur les points suivants :

1° L'affection cancéreuse, même ancienne n'a pas entr
stérilité.

2° La grossesse est arrivée à terme malgré la généralisa
processus cancéreux, ce qui est exceptionnel.

3° La prolongation de la grossesse et la lenteur du trav
dues à une véritable impuissance où se trouve l'utérus d'e
son contenu, impuissance dépendant de la dégénérescence g
graisseuse de son tissu musculaire, à la résistance oppo
dilatation par l'induration cancéreuse du col.

4° La grossesse, surtout quand elle arrive à son terme,
excercer qu'une influence fâcheuse sur le développement
plasme.

5° Eût-on pratiqué l'opération césarienne, il est certain
dégénérescence du tissu utérin tout entier, eût rendu im
la dissection de la séreuse, l'emploi des sutures métalli
empêché tout travail de réparation.

TERRILLON. Grossesse extra-utérine. **Accidents graves et a**
sement. Ablation du fœtus mort, âgé de quatre mois, par la
tomie. — Femme de 27 ans, mariée à 20 ans, et ayant mis au
un enfant, environ un an après son mariage. Depuis, san
satisfaisante, bien qu'il existât un certain degré de faibless
rale. Le 1er septembre 1888, règles plus abondantes que d'
de. Le 8 octobre, elles reparaissent ainsi qu'en novembre, de
et les premiers jours de janvier 1889, ce fut la dernière menst
Du 15 février au 26 février la malade ressentit une sorte
dans le bas-ventre, gêne qui alla en augmentant. Le 26
douleurs violentes analogues à celles qui accompagnent un
couche, mais aucun écoulement, ni aqueux ni sanguin, par l
Quelques jours après, sensibilité à la pression dans la fosse
gauche et se propageant vers le vagin. Le 2 mars, nouvelles p
douloureuses. On constata une petite tumeur dans la fosse
gauche, tumeur qui augmenta constamment de volume, et
tait des contours tantôt vagues, tantôt précis, suivant qu'il

eu ou non de nouvelles poussées inflammatoires. État général grave. Température élevée, pouls fréquent, filiforme, frissonnements, nausées, langue sèche.

Le 8 mai, jour où la malade fut transportée à l'hôpital, transfert au cours duquel elle eut plusieurs syncopes, la tumeur remontait jusqu'à l'ombilic et s'étendait, de plusieurs travers de doigt, à droite de la ligne médicane. *Opération le 9 mai.* Laparotomie. Après l'incision des muscles et aponévroses, on trouve une membrane épaisse, vasculaire, se déchirant facilement et confondue avec le péritoine. Elle est violacée. En incisant plus profondément, on donne issue à un flot de liquide sanglant, noirâtre, très fluide. Après l'évacuation d'une assez grande quantité de ce liquide et agrandissement de l'ouverture, on voit paraître un cordon ombilical qui fait hernie dans la plaie. Celle-ci étant agrandie, on extrait un fœtus mort de 25 cent. de long, peu altéré. Le cordon est coupé et lié, mais le placenta, gorgé de sang, est laissé en place ; il saigne un peu. Lavage de la poche à grande eau avec drainage et pansement à la gaze iodoformée. Après l'opération, malgré des injections d'éther, la malade est très abattue, et elle meurt environ 12 heures après.

Suite de la discussion sur l'anesthésie obstétricale. — M. Charpentier lit un long mémoire intitulé : **De l'application des anesthésiques aux accouchements naturels** (1).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

(Juin 1889 :)

M. Poirier présente un **fibrome utérin calcifié**, saillant dans la cavité utérine, aux parois de laquelle il n'était relié que par un pédicule mesurant 5 millim. de diamètre.

M. Demoulin montre une **oblitération du vagin** chez une vieille femme de 70 ans. Le corps de l'utérus, petit, était relié par une languette musculaire aplatie, épaisse de 5 millim., longue de 3 centim. à une masse beaucoup plus grosse qui représente manifestement le col.

M. Chaput apporte deux pièces **d'oblitération sénile du vagin** ;

(1) Ainsi que nous l'avons déjà dit, nous résumerons cette discussion sur l'*anesthésie obstétricale*, dès qu'elle sera close.

il croit devoir admettre qu'il s'agit dans ces cas d'une simple atrophie du col en hauteur accompagnée d'oblitération de l'orifice externe. L'oblitération est suivie d'une dilatation en amont du canal cervical, mais la dilatation ne gagne pas la cavité du corps de l'utérus.

M. Couder présente **l'utérus et le vagin d'une femme morte dans le service de M. Maygrier 14 heures après un accouchement laborieux** mal conduit par une sage-femme de la ville (bassin légèrement vicié, putréfaction fœtale, présentation de la face enclavée en M. I. D. P. et terminé par la basiotripsie.

Outre **deux larges perforations sous-péritonéales** arrondies, déchiquetées, à bord contus siégeant l'une sur la partie droite et postérieure du vagin, l'autre sur la partie droite et postérieure du segment inférieur, il existe une *eschare jaunâtre* de la largeur d'une pièce d'un franc *intéressant à la fois la paroi antérieure du segment inférieur de l'utérus et la paroi postérieure de la vessie* de telle façon qu'elle atteint l'embouchure de l'uretère gauche. La paroi antérieure de la vessie ne présente qu'une tache ecchymotique ayant les mêmes dimensions. Lors de l'arrivée de la malade à l'hôpital la vessie était distendue.

Couder voit dans ces lésions le résultat du séjour prolongé dans le bassin de la tête défléchie et enclavée ; il demande pourquoi les lésions antérieures sont limitées à la paroi utéro-vésicale alors que la paroi antérieure de la vessie a été comprimée de la même façon.

M. Cornil fait observer que la septicité du contenu utérin doit s'être ajoutée à la compression pour produire la mortification : les microbes puisés dans la cavité utérine se sont tout naturellement propagés rapidement de la paroi utérine à la paroi vésicale postérieure qui lui est contiguë.

A. Broca

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 8 mars 1889.

Présentations : Dührssen. — **Un nouveau-né,** dont l'observation offre quelque intérêt au point de vue de la question dont la Société est actuellement saisie, savoir : *de la durée de la grossesse.* —

Après quelles limites, un enfant doit-il être tenu pour illégitime ?

D'après les anamnestiques et le degré de développement, cet enfant paraît être resté *in utero* près de quatre semaines au delà du terme normal. Agé de 5 jours, il pèse 4100 gr. Largeur des épaules, 15 cent. ; largeur des hanches, 12 cent. ; circonférence de la tête, 37 cent. Diamètre r., 13 cent. ; diam. fr. m., 9 1/2 cent. ; diam. fr. min., 9 cent. ; diam. obl. m., 14 cent. ; les cheveux mesurent environ 3 cent.

Cet enfant, volumineux, a été mis au monde le 3 mars. Accouchement spontané, mais lent. La mère était déjà accouchée, spontanément, d'un gros enfant. Les dernières règles de la grossesse actuelle avaient duré du 4 au 7 mai 1888. Le dernier coït avait eu lieu le 8 mai. L'accouchement était donc survenu seulement 303 jours après le premier jour de la dernière menstruation et 299 jours après le dernier terme possible de la conception, si l'on tient compte des renseignements fournis par la femme. Donc si, en comptant du premier jour des règles, on évalue la durée de la grossesse à 260 jours, cet enfant a été porté 23 jours de trop, et, si l'on adopte la méthode de supputation d'Ahlfeld, on trouve 29 jours en trop pour la durée de la gestation.

En terminant, l'auteur fait remarquer qu'il convient toutefois de n'interpréter ces faits, dans la plupart des cas, qu'avec beaucoup de réserves. Parce que, le plus souvent, les renseignements sont fournis par la partie intéressée. Et, dans l'espèce, le nouveau-né qu'il a présenté est précisément un enfant non reconnu. L'homme que la femme désigne être le père récuse cette paternité.

BRÖSE. **Grossesse tubaire de la trompe gauche et hémato-salpingite de la trompe droite**, pièce enlevées, après laparotomie, les 7 mars 1889.

La patiente, II pare, avait eu, le 24 décembre 1888, ses dernières règles, et, le 4 mars 1889, une hémorrhagie. Le 5 mars expulsion de la caduque que l'auteur montre à ses collègues. Le ventre ouvert, on constata une hémato-salpingite droite et du sang liquide et brunâtre dans la cavité abdominale. Toutefois, on ne parvint pas à trouver une rupture du kyste fœtal de la trompe gauche (1).

BRÖSE. **Du traitement électrique en gynécologie.** — L'auteur avait

(1) Ce sont tous les détails donnés sur cette observation.

déjà fait connaître, à l'occasion d'une communication importante d'Engelmann (St-Louis) sur le même sujet à la société de Berlin (1), les résultats qu'il avait lui-même déjà obtenus par l'emploi de l'électricité en gynécologie. A cette époque, malgré quelques bons résultats, il exprima l'opinion, en raison surtout d'un cas malheureux, que la méthode ne lui paraissait pas dépourvue de dangers. Par contre, dans la communication actuelle, il déclare avoir reconnu que son outillage primitif était absolument défectueux, et que dans ces nouvelles recherches, *il a appliqué la méthode en suivant, le plus exactement possible, au moins dans ce qu'elles ont d'essentiel, les règles formulées par Apostoli*. Il entre, ensuite, dans l'exposition très détaillée des particularités du traitement électrique, qui offre avec les données qu'Apostoli a fait connaître (1), une trop grande similitude pour qu'il soit indispensable de la reproduire ici. Quant aux résultats, voici ce que Bröse a obtenu : il a, jusqu'à présent, traité 7 fibromes ; 2, depuis trop peu de temps, pour qu'il soit possible d'en tirer des conclusions.

1er *cas*. — Myôme interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus, qui causait des souffrances analogues à celles provoquées par la rétroversion de l'utérus gravide. Or, après 36 séances, la tumeur était manifestement réduite de 1/3 ; la longueur de la cavité utérine de 9 3/4 cent. à 7 3/4 cent., et la femme était débarrassée de tous ses malaises. Chez cette malade, en raison de la nature des accidents, on avait employé le pôle négatif.

3 *cas* furent soumis, en raison de la nature des accidents (*hémorrhagies*) à l'action du pôle positif. Les 3 malades furent débarrassées des pertes de sang. Les myômes devinrent plus petits ; la cavité utérine diminua de plusieurs centimètres, et les malades se déclarèrent très soulagées par le traitement.

5e cas. Chez cette malade, on eut d'abord recours au pôle négatif. Mais des hémorrhagies étant survenues, le pôle positif fut appliqué. Au cours du traitement, la femme fit de la périmétrite,

(1) *Cent. f. Gynäk*, 1888, n° 19, et *Annales de gyn. et d'obst.*, septembre 1888, p. 215.

(2) Acad. de médecine. Séance du 29 juillet 1884. Mémoire déposé par le Dr Apostoli. *Sur un nouveau traitement électrique des fibromes de l'utérus* et *du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus*. L. Carlet. Th. Paris, 1884.

d'ailleurs apyrétique, due sans doute à ce que le fil d'une électrode, durant une séance et le courant étant à 130 milliampères, glissa. Chez cette malade, les myômes diminuèrent beaucoup; hémorrhagies et douleurs furent supprimées.

Brôse a également constaté, comme Apostoli, dans les cas d'endométrite hémorrhagique, l'action hémostatique du pôle positif. Il fait seulement observer que les transformations anatomiques, de nature cicatricielle, auxquelles vraisemblablement est dû l'arrêt des hémorrhagies, peuvent entraîner la stérilité. L'auteur a également obtenu de bons résultats du traitement électrique des exsudats péri et paramétritiques, l'application étant tantôt intra-cervicale, tantôt intra-utérine. Sauf dans un cas, où il existait des hémorrhagies, on utilisa le pôle négatif.

Enfin, il a combattu, et avec succès, la constipation habituelle, si souvent associée aux affections chroniques des femmes par l'emploi combiné du courant galvanique et faradique. Dans ce cas, les deux électrodes étaient terminées par deux larges plaques. Celle correspondante au pôle négatif était appliquée sur la région lombaire, l'autre sur la paroi abdominale; durée de la séance, 6-7 minutes.

Discussion : Cette communication, a donné lieu à une longue discussion, à laquelle ont pris part OLSHAUSEN, DUVELIUS, NAGEL, DUEHRSSEN, EBELL, ORTHMANN, VORVINCKEL. D'une manière générale, il ressort de cette discussion : 1° que l'électrothérapie a fourni incontestablement de bons résultats ; 2° qu'elle mérite d'être l'objet de recherches nouvelles ; 3° qu'il convient de rechercher si les résultats constatés au cours du traitement, sont définitifs. DUHRSSEN, par exemple, rappelle que Halliday Croom (1), a déclaré n'avoir constaté l'amélioration des symptômes et la diminution des myômes que tant que les malades étaient en cours de traitement. (*Cent. für gynäk.*, 1869, n° 16.)

REVUE ANALYTIQUE

Contribution à l'étude de l'albuminurie durant la grossesse et pendant le travail (Zur Lehre von der Albuminurie in der Schwan-

(1) *Am. J. of. Obst.*, décembre 1888.

gerschaft und bei der Geburt), LÉOPOLD MAYER. — Il nous est impossible, à cause de son étendue, de présenter, par le détail, cette étude documentée. Le lecteur y trouvera de nombreux tableaux, qui permettent de dégager, facilement, les conclusions que formule l'auteur.

Avant de reproduire ces conclusions, nous ferons seulement remarquer que L. Mayer, semblablement du reste à ce que plusieurs auteurs ont fait en France, accorde une importance capitale à la présence de cylindres dans l'urine albuminuneuse, car, dit-il, ce que l'on sait de plus certain, c'est que, *là où il y a des cylindres, l'albuminurie est d'origine rénale.*

Conclusions :

A. — *Albuminurie pendant la grossesse.*

1) Sur un total de 1124 femmes enceintes, non spécialement choisies, et dont les urines ont été examinées durant la seconde moitié de la grossesse, on a constaté l'albuminurie 61 fois, soit en proportion centésimale, 5,4 0/0 ; mais l'albuminurie *avec cylindres* 22 fois, soit 2 0/0.

2) L'albuminurie *avec cylindres* se montre un peu plus fréquemment dans les premières grossesses que dans les grossesses subséquentes.

3) L'âge s'est montré sans influence sur la fréquence de l'albuminurie.

4) L'albuminurie *avec cylindres* apparaît en proportion, le plus souvent, de la 20e-24e semaine de la grossesse, puis de la 38e-39e semaine.

5) L'albuminurie *avec ou sans* cylindres se montre relativement, le plus souvent, de 101-170 jours et de 1-14 jours avant le travail.

6) Sur l'ensemble des femmes, dont les urines ont été examinées durant les 30 jours qui ont précédé l'accouchement, on trouve 47,1 0/0 de tous les cas d'albuminurie *avec cylindres*, et seulement 28,9 0/0 de tous les cas d'urines non albumineuses. (Interprétant, au cours de son travail, ces résultats qui se dégagent du rapprochement des chiffres, l'auteur en conclut : que *l'albuminurie avec cylindres doit être plus fréquente à mesure que l'on se rapproche du terme de la gestation* ou bien que *lorsque ce processus est établi, il se complique d'une tendance à l'interruption prématurée de la grossesse*).

7) Les femmes dont les urines n'étaient pas albumineuses mirent

au monde des enfants avant terme dans la proportion de 19,7 0/0; celles à albuminurie *sans* cylindres dans la proportion de 27,7 0/0, enfin celles à albuminurie *avec* cylindres fournirent le chiffre de 41,2 0/0. D'autre part, sur l'ensemble de ces enfants avant terme nés de femmes à urines non albumineuses. 33 0/0 seulement vinrent au monde 4 semaines ou un peu plus de temps avant le terme normal de la gestation, tandis que pour les enfants dont les mères avaient de l'albuminurie *avec* cylindres ce chiffre s'éleva à 71,4 0/0. (En résumé, l'albuminurie avec cylindres détermine beaucoup plus fréquemment, la terminaison prématurée de la gestation, et d'une manière générale à une date plus précoce de la grossesse.)

8) De 22 femmes enceintes, qui avaient présenté de l'albuminurie sans cylindres, 13, durant l'accouchement, n'eurent pas de l'albuminurie, 8 eurent de l'albuminurie sans cylindres, et 1 de l'albuminurie avec cylindres. Sur 17 femmes enceintes qui avaient eu de l'albuminurie avec cylindres, 2, durant l'accouchement, n'eurent pas de l'albuminurie, 2 eurent de l'albuminurie sans cylindres, et 13 de l'albuminurie avec cylindres.

B. — *Albuminurie pendant le travail.*

9) Sur 1138 parturientes, 25 0/0 présentaient de l'albuminurie, 12 0/0 de l'albuminurie avec cylindres.

10) L'albuminurie (sans ou avec cylindres) est un peu plus fréquente chez les primipares que chez les multipares.

11) L'âge se montra sans influence sur l'apparition de l'albuminurie.

12) L'apparition de l'albuminurie, avec ou sans cylindres, fut constatée au cours du travail.

13) Des parturientes qui eurent de l'albuminurie avec cylindres, 14 présentèrent une albuminurie extrêmement intense, 59 une albuminurie considérable, c'est-à-dire que le précipité albumineux, dans le cas d'albuminuries avec cylindres (136 cas) fut particulièment abondant, 53,7 0/0.

C. — *Pronostic de l'albuminurie.* — D'une manière générale, l'albuminurie sans cylindres, survenue au cours du travail, disparaissait peu après l'accouchement. Par contre, ces mêmes albuminuries, antérieures au travail, mettaient plus de temps à guérir, et il n'était pas rare de voir la maladie se prolonger. Il semble que les parturientes et les accouchées, atteintes d'albuminuries sans

cylindres, aient une tendance spéciale à contracter des cystites par le fait du cathétérisme.

15) L'albuminurie avec cylindre cessait, dans la plupart des cas, peu après l'accouchement ; au moins dans la moitié des cas, elle avait disparu avant le quatrième jour. Mais, en beaucoup de cas, la guérison fut beaucoup plus longue, et, somme toute, elle se prolongea d'autant plus, que l'albuminurie avait été plus considérable. D'autre part, un certain nombre, non indifférent, de ces albuminuries ne guérirent pas ; et il parut que le pronostic était d'autant plus grave que l'affection existait déjà pendant la grossesse. Ni l'âge, ni le nombre des grossesses antérieures, ne paraissent exercer une influence quelconque sur la marche de la maladie.

D. — *De l'influence de l'albuminurie sur la marche de la grossesse, sur la vitalité du fœtus, et sur la production des altérations du placenta.*

16) L'albuminurie se montre un peu plus fréquemment dans les accouchements prématurés que dans les accouchements à terme, et, en particulier, dans ceux qui surviennent 4 semaines avant le terme normal ou plus tôt. Toutefois, à ce point de vue, la différence ne fut pas grande. Avec une albuminurie abondante et avec cylindres, il y eut 27 0/0 enfants avant terme, et 19,2 0/0 venus au monde 4 semaines avant le terme normal ou plus tôt, tandis que les chiffres correspondants pour les enfants, nés de mère à urine non albumineuse, tombèrent à 21,9 0/0 et 9,0 0/0.

17) Les femmes, à urines non albumineuses, donnèrent des enfants morts-nés dans la proportion de 1,9 0/0 ; celles à albuminurie sans cylindres dans la proportion de 2,1 0/0, enfin, pour celles à albuminurie avec cylindres, ce chiffre fut 2,9 0/0 (bien entendu, on ne releva dans ces cas aucune cause spéciale de la mort de ces enfants).

18) Eu égard au décollement prématuré du placenta, ou aux infarctus blancs de cet organe, voici les chiffres qui expriment leur fréquence relative, suivant les diverses catégories de femmes ; *a*) femmes à urines non albumineuses, 1,7 0/0 ; *b*) femmes à albuminurie sans cylindres, 2,2 0/0 ; *c*) femmes à albuminurie avec cylindres 6,7 0/0. Les altérations du placenta se rencontraient surtout dans les cas d'albuminuries marquées. Enfin, elles coïncidaient surtout avec les albuminuries avec cylindres. (*Zeits. f. Geb. und Gynäk.* Bd 16. Hft 2.)

R. LABUSQUIÈRE

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DES PRINCIPAUX TRAVAUX AFFÉRENTS A LA GYNÉCOLOGIE A L'OBSTÉTRIQUE ET AUX NOUVEAU-NÉS (1)

OBSTÉTRIQUE

Accouchement. — Contribution au mécanisme du décollement physiologique du placenta (Beiträge Zum Mechanismus der physiologischen Lösung der Placenta). *Arch. f. Gyn.* Bd XXXIV. Hft 2. — De la conduite à tenir pendant la délivrance. H. VARNIER. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.* Juin 1889, p. 169. Quelle est la posture normale de la parturiente? (Wat is the Normal Posture fora parturent Woman?) A. KING, *the Am. J. of Obst.*, avril 1889, p. 337. — Résultats de l'expectation durant la troisième période de l'accouchement (Die Erfolge des abwartenden Verfalrens während der dritten Geburtsperiode). F. AHLFELD. *Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 15.

Anatomie et physiologie obstétricales. — De quelques anomalies dans le développement et la fonction des glandes mammaires. O. ENGSTROM. *Ann. de gyn. et d'obs.*, avril 1889. — Du bassin pelvien russe au point de vue anthropologique. (Das russische weibliche Becken in anthropologischer Beziehung). RUNGE. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XVI. Hft 1. — Nature et esprit des investigations sur la structure anatomique du plancher pelvien chez la femme (The nature and aim of Investigations on the structural Anatomy of the Female Pelvic Floor). B. HART. *Edinb. med. J.*, juin 1889, p. 1095.

Appareils et instruments. — Embryotome céphalique combiné. AUVARD, *Arch. de toc*, juin 1889.

Bactériologie et recherches expérimentales. — Action pathogène d'un microbe trouvé dans les urines d'éclamptiques. E. BLANC. *Arch. de tocol.*, avril 1889. — Des micro-organismes

(1) Index du 2e trimestre.

des restes du cordon ombilical (Die Microorganismes des Nabelschnurrestes). S. CHOLMOGOROFF. *Zeit f. Geb. u. Gyn.* 1889. Bd.XVI. Hft 1. — Infection fœtale par le bacille typhique (Fœtus Infection by Typhoïd Baccili). *Med. News.*, Juin 1889, p. 683.

Dystocie. — Causes de la rétention du placenta après l'expulsion d'enfants à terme ou près du terme (Die Ursachen der Placentarretention nach Geburten reifer oder nahezu reifer Früchte). AHLFELD. *Zeit. f. Ceb. u. Gyn.* Bd XVI. Hft 2. — Du rétrécissement de l'anneau de contraction et de la rétention du placenta (Ueber die durch Verengerung des contractionsringes bedingte Retention der Placenta). FREUND. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1889. Bd XVI. Hft 1. — Marche de l'accouchement chez une femme qui, 4 ans auparavant, avait subi la laparotomie après rupture traumatique de l'utérus (Geburtsverlauf bei einer vor 4 Jahren nach traumatischer Uterusruptur Laparotomirten). DEUTSCH. Modification naturelle des mauvaises présentations et incitation par l'Art (the Natural Rectification of Malprésentations and its incitation by Art). A. KING. *The Am. J. of obst.*, juin 1869. p. 561. — Note sur quelques cas anormaux du décollement et d'expulsion du placenta avant la naissance de l'enfant (Note on some Anomalous Cases of Separation and Expulsion of the Placenta before the Birth of the Child). B. HART. *Edinb. med. J.*, avril 1889, p. 900. — Rétrécissement pelvien. Emploi de l'appareil Joulin. *Journ. d'accouch. de Liège*, juin 1889, n° 11.

Grossesse extra-utérine. — Cas de laparotomie pour grossesse ectopique (A case of Laparotomy in Ectopic gestation). SOKER. *The Dubl. J. of med. S.*, mai 1889, p. 387. — Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine. A. PINARD. *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1889. — Grossesse extra-utérine. Ablation totale. Guérison. QUÉNU. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, mai 1889, p. 318.

Grossesse multiple. — Deux cas d'accouchement triple (Zwei Fälle von Drillingsgeburt). SPERLING. *Arch. f. Gyn.* Bd XXXIV. Hft 3. — Contribution à l'histoire des grossesses gémellaires. CORNET. *Th. de Paris*, 1889.

Nouveau-né et fœtus. — Cas d'un enfant né dans la 28e ou 29e semaine de la grossesse et qui s'est bien développé (Fall

eines in der 28 oder 29. Schwangerschaftswoche geborenen und zu befriedigender Entwickelung gelangten Kindes). A. GILBERT. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XVI. Hft 1. — Cas rare d'étranglement par le cordon ombilical (Ein seltener Fall von Nabelschnureinschnürung). F. MERKEL. *Cent, f. Gynäk.*, 1889, n° 17. — Déformations congénitales rappelant l'aïnhum. *Bull. de l'Acad. de méd.*, avril 1889, p. 451. — De la malaria fœtale (Fœtal malaria). FELKIN. *Edinb. Journ. med. J.*, juin 1889, p. 1101.— Des poids des différents organes des nouveau-nés (Ueber Gewichtsbestimmingen der einzelnen Organen Neugeborener). LOMER. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XVI. Hft 1. — Deux cas de sclérodermie semi-annulaire avec malformations congénitales. LEPRÉVOST. *Gaz. méd. de Paris*, 1889, n° 18. — Hémorrhagie ombilicale survenue peu de temps après la naissance. AUVARD. *Arch. de tocol.*, juin 1889. — Méningo-encéphalocèle guérie par excision chez un enfant d'un mois. PÉRIER. *Bull. de l'Ac. de méd.*, avril 1889, p. 489. — Notes sur un cas de sclérème des nouveau-nés (Notes on a case of sclerema neonatorum). BARBS. *Brit. med. J.*, mai 1889, p. 994. — Pesage des enfants. P. LE GENDRE. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, mai 1889, p. 147. — Résultats fournis par la pesée quotidienne des enfants. LAURE. *Th. de Paris*, 1889.

Opérations obstétricales. — Compression de l'aorte dans l'hémorrhagie *post partum*. LA TORRE. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.* Avril 1889. — Craniotomie. *Journ. d'accouch. de Liège*, avril 1889, n°s 7, 8, 9. — Crâniotomie : limites actuelles de l'opération (Craniotomy; the present limits of the operation). J. PHILLIPS. Juin 1889, p. 1219. — De la simplification de l'opération césarienne (Zur Vereinfachung des Kaiserschnittes). H. FRITSCH. *Cent. f. Gynäk.*, 1889, n° 23. — De la version dans les bassins étroits (Die Wendung bei engem Becken). NAGEL. *Arch. f. Gyn.* Bd XXXIV. Hft. 1. — Du traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine (Zur operatinen Behandlung der Extrauterinschwaugerschaft). SPAETK. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XVI. Hft 2. — Opération césarienne. Enfant vivant, guérison de la mère. BOUILLY. *Bull. et. mém. de la Soc. de chirg.* avril 1889. Opération césarienne pratiquée pour rétrécissement du bassin. CRIMAIL. *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1889. — 25 opérations césariennes, parallèle avec la perforation (25 erhal-

tende Kaiserschnitte und die Stellung der Sectio cæsarea zur Perforation. LEOPOLD. *Arch. f. Gyn.* Bd XXXIV. Hft 2. — Section césarienne conservatrice avec suture de l'utérus, etc. (Taglio cesareo conservatore con sutura dell' utero, etc.) F. CARUSO. *Ann. di ostet. e ginec.* avril 1889. — Sur quelques cas de section césarienne (ueber einige Falle von Sectio cæsaræ). BRAUN. *Arch. f. Gyn.* Bd XXXIV. Hft 2. — Un cas de section césarienne (A case of Cesarean Section). E. ALLEN. *Am. J. of Obst.*, mai 1889, p. 492.

Pathologie de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. — Cas d'albuminurie gravidique et d'éclampsie. *Journ. d'accouch. de Liège,* juin 1889, n° 12. — Cas d'hématome de la vulve au cours de la grossesse (Mittheilung über einen Fall von Hæmatoma Vulvæ in Verlauf der Schwangerschaft). EHRENDORFER. *Arch. f. Gyn.*, 1889. Bd XXXIV. Hft 1. — Contribution à l'étude de l'hydramnios. BARBEZIEUX. *Th. de Paris*, 1889. — Contribution à l'étude du rhumatisme de la grossesse. LABORDERIE. *Th. de Montpellier*, mai 1889. — De l'albuminurie durant la grossesse et l'accouchement (Zur Lehre von der Albuminurie in der Schwangerschaft und bei der Geburt). L. MEYER. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XVI. Hft 2. — Du salol dans les vomissements de l'indigestion et de la grossesse (Salol in the vomiting of indigestion and of Pregnancy). Mc CALL. *Med. News.*, mai 1889, p. 570. — Endocardite puerpérale tardive, mélanémie. LABADIE-LAGRAVE et PILLIET. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn* , mai 1889. — L'infection puerpérale, les moyens de la prévenir et de la combattre. H. VARNIER. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance*, mai 1889, p. 129 ; juin, p. 161. — Métrite puerpérale compliquée de malaria (Puerperal metritis complicated by malaria). NORRIS. *The Bost. med. J.*, juin 1889, p. 553. — Pyopneumothorax dans la grossesse. B. EDWARDS. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, mai 1889. — Septicémie puerpérale expérimentale. STRAUS et SANCHEZ-TOLEDO. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, juin 1889. — Sur les nécessités de recherches ultérieures sur l'infection chirurgicale puerpérale (Ueber die Aufgaben weiterer Forschungen auf dem Gebiete der puerperalen Wundinfection). E. BUM. *Arch. f. Gyn.* Bd XXXIV. Hft 3. — Sur les vomissements graves de

la grossesse (On the severe vomiting of Pregnancy). G. HEWITT. *Brit. med. J.*, mai 1889, p. 1050.

Thérapeutique et antisepsie. — 4 cas de succès par le tamponnement de l'utérus contre l'atonie de l'organe (Vier Fälle von erfolgreiches Uterus tamponade bei Atonie). *Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 26. — Curage utérin dans la septicémie puerpérale. ANDRÉ CHARTIER. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, juin 1889. — Curettage dans la septicémie puerpérale. GACHES-SARRAUTE. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, juin 1889. — De la désinfection du canal génital (Zur Desinfecktion des Genitalkanals). A. STEFFECK. *Cent. f. Gyn.*, 1880, nº 14. — De la désinfection du canal génital (Zur Desinfection der Geburtskanales). DODERLEIN et GUENTHER. *Arch. de gyn.*, 1889. Bd XXXIV. Hft 1. — Des injections chaudes à 40º *post-partum* (Heisse Ausspülungen von 40º post partum). DEIPSER. *Cent. f. Gynäk.*, 1889, nº 22. — Du mode d'administration du chloral dans l'éclampsie. E. BLANC. *Lyon méd.*, juin 1889, nº 26. — Du traitement de la rétention des membranes ovulaires (Zur Frage der Behandlung der Eihautretentionen). *Eberhart. Zeit. f. Geb. a. Gyn.* Bd. XVI, Hft. 2. — Intoxication mercurielle par le sublimé. H. LEGRAND. *Ann. de gyn. et d'obst.*, juin 1889. — Des maladies hémorrhagiques durant les suites de couches et pendant la menstruation (Ubër hämorrhagische Erkrankungen im wochenbette und während der Menstruation). STUMPF. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXXIV. Hft 1. — Recherches expérimentales sur les substances à suture les plus employées en chirurgie abdominale, etc. (Experimentelle Untersuchungen über die gebraüchlichsten Nahtmateralien bei intraperit onealen operationen, etc.). THOMPSON. *Cent. f. Gynäk.*, 1889, 24. — Restauration du conduit vulvo-vagino-utérin à la suite de désordres graves produits par un accouchement. RENDU. *Lyon médical*, juin 1889, nº 24. — Six cas de tamponnement, suivis de succès, de l'utérus pour hémorrhagies par atonie de l'organe (Sechs Fälle von erfolgreicher Tamponade der puerperalen Uterus bei atonischen Blutungen). H. BORN. *Cent. f. Gynäk*, 1889, nº 430.

GYNÉCOLOGIE

Annexes de l'utérus. — Cinquante ovaro-salpingites traitées par la laparotomie. TERRILLON. *Bull. de l'Acad. de méd.*, mai

1889, p. 803. — Contribution à l'histoire et au traitement des kystes parovariques (Beitrag zur kenntniss und Behandlung der Parovarialcysten). WYKOWSKA-DUNIN. *Arch. f. Gyn.* Bd XXXIV. Hft 3. — De la pathologie des trompes (Eberth et Kaltenbach. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XVI. Hft 2. — De l'ouverture des pyosalpingites à l'extérieur (Ueber Durchbruch von Pyosalpinx nach aussen). P. VEIT. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XVI. Hft 2. — Fibrome du ligament ovarique pesant plus de seize livres, etc. (Fibroma of the ovarian ligament weighing over sixteen pounds, etc.). A. DORAN. *Brit. med. J.*, juin 1889, p. 1287. — Trente-deux cas de salpingo-ovarite traités par la laparotomie. TERRILLON. *Ann. de gyn. et d'obst.*, mai 1889, juin. — Un cas de salpingite chronique végétante (Ein Fall von salpingitis chronica productiva vegetans). SAWINOFF, 1889, *Arch. f. Gyn.* Bd XXXIV. Hft 2.

Appareils et instruments. — Contribution à l'histoire des pessaires (Ein Beitrag zur Geschichte der Pessarien). E. BERCZELLER. *Cent. f. Gynäk.*, 1889, n° 13. — Le tampon explorateur, sa valeur comme moyen de diagnostic de l'endométrite chronique (Der Probetampon und sein Werth für Erkennung der chronischen). SCHULTZE. *Cent. f. Gynäk.*, 1889, n° 19. — Un nouveau spéculum. NITOT. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, mai 1889.

Menstruation. — Faits relatifs à la menstruation (Facts relative to menstruation). J. OLIVER. *Edinb. med. J.*, mai 1889. p. 998.

Organes génitaux. — Contribution à l'anatomie pathologique de l'endometrium (Beiträge zur pathologischen Anatomie des Endometrium). TH. LANDAU. *Arch. f. Gyn.*Bd XXXIV. Hft 2. — De quelques recherches nouvelles sur la blennorrhagie de la femme. ERAUD. *Lyon méd.*Mai 1889. n°s 1819. — Des abouchements anormaux de l'uretère dans le vagin. SECHEYRON. *Arch. de tocol.*, avril 1889, mai. — Des accumulations de sang dans le canal utéro-vaginal oblitéré et de la salpingotomie (Ueber Blutansammlung im verschlossenen Utero-vaginalkanale und die Salpingotomie). LEOPOLD. *Arch. f. Gyn.* 1889. Bd XXXIV. Hft 3. — Formation de calculs urinaires après oblitération transversale du vagin dans le cas de fistule vésico-vaginale (Harnsteinbildung

nach Querobliteration der Vagina bei Vesicovaginalfistel). BAAS. *Cent. f. Gynäk.*, 1889. n° 21. — Hématocèle ante-utérine, laparotomie, etc. (A case of ante-uterine Hematocele, laparotomy, etc.) F. BELIN. *Am. of Obst.* Mai 1889, p. 495.— 27 observations de fistules vésico-cervico-utérines, etc. (27 Beobachtungen von Vesico-cervico-uterin-fisteln, etc.) F. NEUGEBAUER. *Arch. f. Gyn.* 1889. Bd XXXIV. Hft 1, hft 3. — Prolapsus de l'utérus et du vagin (Prolapse of the uterus and Vagina). P. SMYLY. *The Dubl. med. J.*, juin 1889. Remarques sur le prolapsus vaginal, la rectocèle et la cystocèle (remarks on vaginal prolapse, Rectocèle and Cystocèle). E. HADRA. *Am. J. of Obst.* Mai 1889, p. 457. — Contribution à l'étude des kystes du vagin (Ein Beitrag zu den vaginalcysten). L. KLEINWACHTER. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XVI. Hft 1.

Organes urinaires. — Du cancer primitif du méat urinaire chez la femme. SOULLIER. *Th. de Paris*, 1885. — Des tumeurs polypoïdes de l'uréthre chez la femme. SCHWARTZ. *Sem. méd.*, 1889, n° 23. — Résumé de 3 leçons sur quelques affections des organes génito-urinaires (Summary of three lectures on some affections of the genito-urinary organs). M. BERKELEY. *Brit. med. J.*, juin 1889, p. 1397, p. 1458. — Un cas d'absence de la vessie (A case of absence of the Bladder) *Am. J. of Obst.*, avril 1889.

Ovaire. — Contribution à l'histoire et au traitement du carcinome de l'ovaire (Beitrag Zur kenntniss und Behandlung der Carcinome der Ovarium). LERCH. *Arch. f. Gyn.*, 1889. Bd XXXIV. Hft 3. — Des tumeurs endothéliales de l'ovaire (Ueber endotheliale Eierstockstumoren). ECKARDT. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XVI. Hft 2. — Trois ovaires. Dégénérescence dermoïde des 2 ovaires situés à droite. Torsion ancienne du pédicule de l'une des tumeurs dermoïdes. Ovaire gauche normal (Drei ovarien. Dermoïddegeneration der beiden rechts gelegenen. Altere Stieldrehung des einen Dermoïd. Normales linkes Ovarium). A. SIPPEL. *Cent. f. Gynäk.*, 1889, n° 18. — Kyste dermoïde de l'ovaire droit. JENTZER. *Arch. de toc.*, juin 1889.

Paroi abdominale. — Tumeur musculaire de l'ombilic. POLAILLON. *Bull. et mém. de la Soc. de chirg.*, avril 1889.

Thérapeutique et opérations gynécologiques. — 5 cas d'ex-

tirpation totale de l'utérus d'après la méthode de Freund (Fünf Falle von totalexstirpation der Uterus nach Freundschen Methode).USPENSKI. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XVI. Hft 2. — Cas de prolapsus du vagin traité avec succès par l'oblitération du vagin, etc. (A case of vaginal prolapse treated succesfully by closure of vagind). Brothers. *Am. J. of Obst.* Avril 1889, p. 598. De l'hystérectomie totale par le vagin dans les cancers du col de l'utérus. DUCHAMP. *Lyon méd.*, avril 1889, nº 15. — Double salpingite purulente. RICHELOT. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.*, juin 1889, p. 385. — Du massage pelvien en gynécologie (Zur gynäkologischen Beckenmassage). WEISSENBERG. *Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 22. — D'une méthode simple et facile de l'extirpation vaginale de l'utérus (Ueber eine einfache und leichte Methode der vaginalen Uterusexstirpation). LIEBMAN. *Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 15. — Du traitement des déplacements et des déviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds. E. SCHWARTZ. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, mai 1889, p. 211; 256, 276, 293. — Du traitement du prolapsus-utérin par l'opération de Le Fort. ANDRÉ. *Th. de Lyon*, 1889. — Du traitement palliatif des corps fibreux pour les courants continus à intermittence rythmée. AIMARD. *Th. de Paris*, 1889. — Du traitement des myômes utérins (Zur Therapie der uterusmyome). RUNGE. *Arch. f. Gyn.* Bd XXXIV. Hft 3. — Du traitement des tumeurs de l'utérus par l'électricité (On the treatment o uterine tumours by electricity). TH. KEITH. *Brit. med. J.*, juin 1889, p. 1281. — Du traitement manuel en gynécologie (the manual treatment in gynecology). BOLDT. *Am. J. of Obst.* Juin 1889, p. 579. Electrolyse et hystérotomie vaginale. SECHEYRON. *Arch. de tocol.*, avril 1889. — Emploi de l'iodoforme dans le traitement de la métrite chronique. ROUX et SCHNELL. *Ann. de gyn, et d'obst.*, mai 1889. — Énucléation des myômes utérins par la voie abdominale. PICHEVIN. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, avril 1889. — Fibrome intramural du volume d'une tête d'enfant, traitement par la méthode d'Apostoli. Enucléation (Ein Fall von kindskopfgrossen intramuralem Fibro-myom des Uterus. Apostoli'sche Behandlung. Enucleation). W. FISCHEL. *Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 26. — Hystéropexie pour prolapsus utérin. DUMORET. *Th. de Paris*, 1885. — Méthode d'Apostoli pour le traitement des fibromes utérins (Apostoli's method of Treatment of

uterine Fibroïds). BIGELOW. *Med. News*, mai 1889, p. 536. — Nouvelle méthode d'exécution de l'hystéro-myomectomie (A new methode of perfiorming myomectomie). H. KELLY. *Am. J. of Obst.* Avril 1889, p. 375. Salpingite et castration; évacuation artificielle des collections enkystées de la trompe, par la dilatation et le drainage de l'utérus. DOLÉRIS. *Nouv. Arch. d'obst. et de gn.*, juin 1889. — Thérapeutique intra-utérine (Intra-uterine therapeutics). JACOBI. *Am. J. of obst.* Mai 1889, p. 449, juin, p. 598. — Traitement de la rétroversion de l'utérus compliquée d'adhérences, etc. (Surgical treatment of retroversion of the uterus with adhesions, etc.) *Am. J. of Obst.* Salpingotomie en raison d'hématosalpingites, etc. (Salpingotomie wegen Hämatosalpinx, etc). *Arch. f. Gyn.* Bd XXXIV, Hft 2. — Sur l'hystérectomie vaginale. LERICHE. *Lyon méd.*, avril 1889, n° 16. — Vingt cas consécutifs de section abdominale avec une mort (Twenty consecutive cases of Abdominal Section with one Death). BALDY. *Med. news.*, juin 1889, p. 597.

Troubles divers d'origine génitale. — Des troubles pathologiques en rapport avec les deviations utérines (On the pathological relationships of uterine displacements). E. HERMAN. *Brit. med. J.* Juin 1889, p. 1213. — Manie aiguë et mélancolie, effets d'opérations gynécologiques (Acute Mania and Melancholia as Sequelæ of Gynecological operations). G. THOMAS. *Med. News.* Avril 1889, p. 396.

Utérus. — Contribution à l'étude de l'atrophie de l'utérus (Beitrag zur Lehre von der Atrophia uteri). THORN. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XVI. Hft 1. — Contribution à l'étude des polypes du col de l'utérus. A. HERRGOTT. *Ann. de gyn. et d'obst.* mai 1889. — Contribution au traitement du prolapsus utérin (Beitrag zur Behandlung des Gebärmuttervorfalles). K. PAWLIK. *Cent. f. Gynäk.*, 1889, n° 13. — De la métrite cervicale; étude anatomo-pathologique de l'inflammation chronique du col utérin. DOLÉRIS et MANGIN. *Nouv. Arch. d'obs. et de gyn.*, avril et mai 1889. — Du cloisonnement incomplet du col de l'utérus. E. BLANC. *Arch. de tocol.*, mai 1889. — Le tampon, sa valeur comme moyen de diagnostic dans l'endométrite chronique. SCHULTZE. *La Sem. méd.*, 1889, n° 20. — Traitement local de l'endométrite chronique. DUMONTPALLIER. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, juin 1889,

p. 864. — Tumeur fibreuse de l'utérus occupant le petit bassin et contenant un épanchement sanguin central. CHAMPIONNIÈRE. *Bull. et mém. de la Soc. de chirg.*, avril 1889. — Un cas de myocarcinome de l'utérus (Ein Fall von Myocarsinom des utérus), LIEBMAN. *Cent. f. gyn.*, 1889, nº 17. — Un cas d'utérus bicorne rudimentaire avec absence totale du vagin (Ein Fall von Uterus bicornis rudimentarius mit Defectus vaginæ totalis). J. PRÆGER. *Cent. f. Gynäk.*, 1889, nº 17. — Des endométrites infectieuses. Rôle des microbes dans la pathogénie des maladies des femmes. PERAIRE. *Th. de Paris*, 1889.

Vulve. — Deux cas d'épithelioma primitif de la vulve et du vagin (Two cases of Primary Épithélioma of the Vulva and vagina). MUNDÉ. *Am. J. of Obst.*, mai 1889. — Mélano-sarcome de la vulve. W. TAYLOR. *Ann. de gyn. et d'obst.*, juin 1889.

Médecine légale. — Considérations médico-légales sur quelques observations d'avortement. GILLES. *Th. de Paris*, 1889.

Variétés. — De la karyocinèse et de ses relations avec le processus de la fécondation. WALDEYER. *Arch. de tocol.*, avril 1889, mai, juin. — De l'anus suburéthral, sa formation, son traitement (Ueber anus suburethralis, seine Entstehung und behandlung). ZIEGENSPECK. *Arch. f. gyn.*, Bd XXXIV. Hft 3. — De la réorganisation du service des sages-femmes (Die reorganisation des Hebaumenwesens). AHLFELD. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XVI. Hft 2. — De l'état génital dans la maladie de Basedow (Wie is der genitalbefund bei Morbus Basedowii). L. KLEINWACHTER. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd XVI. Hft 1. — Des aberrations du sens génésique, et de l'hybridité chez les animaux. GOUBAUX. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, avril 1889. — Dix ans de maternité. SAINT-MOULIN. *Journ. d'accouch. de Liège*, avril 1889, nº 7, nº 8, nº 9, nº 10. — Hygiène infantile. Impaludisme et traitement. J. ROUVIER. *Arch. de tocol.*, mai 1889. — Le médecin doit-il cesser de faire des accouchements quand il traite des varioleux (Shall the physician resign his obstetric practice while treating small-pox). WENINGER. *The Am. J. of. Obst.* Juin 1889, p. 661. Nécessité du diagnostic en gynécologie : diagnostic histologique des endométrites. P. PETIT. *Nouv. arch. d'obst. et de*

gyn., mai 1889. — Note et réflexions sur un cas d'absence d'anus et de malformation des organes génitaux. QUEIREL. *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1889. — Recherche des lois qui président à la création des sexes. CLEISSZ. *Th. de Paris*, 1889. — Progrès récents en chirurgie abdominale (Recent advances in Abdominal Surgery). F. HEUSTON. *The Dubl. med. J.*, mai 1889, p. 403. — Sur une variété spécia de perversion de l'instinct sexuel (Uber eine besondere Form von verkehrter Richtung des weiblichen Geschlechstriebes) LAKER. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXXIV. Hft. 2. — Une visite chez Apostoli (Ein Besuch bei Apostoli). F. ENGELMANN (Kreusnach). *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 25. — De l'importance des infections souscustanées de chlorure de sodium contre l'anémie grave (Uber den Werth der subcutanen kochsalzinfusion sur Behandlung schwerer Anœmie). MUNCHMEYER. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXIV. Hft. 3.

NÉCROLOGIE

A. BREISKY

Le 25 mai, à l'âge de 57 ans, est mort à Vienne, A. Breisky.

Le nom du savant autrichien est, certainement, bien connu de tous ceux qui s'occupent, particulièrement, des questions d'obstétrique et de gynécologie. De ses travaux nous nous bornerons à rappeler son traité classique en Allemagne et en Autriche, sur les bassins cyphotiques, œuvre absolement magistrale. Il convient, en outre, de bien mettre en relief la part considérable que Breisky prit à l'adoption de la méthode antiseptique, au même moment où cette méthode subissait les vives attaques des uns et se heurtait à l'incrédulité des autres. Grâce à son initiative, à sa vigilance, à ses efforts continus, il obtint des résultats supérieurs à ceux obtenus antérieurement, et réduisit, dans son service d'accouchement, la mortalité à un *minimum* remarquable. On sait aussi quelle activité, de jour en jour plus grande, il déployait dans le domaine de la gynécologie opératoire, et combien de travaux importants, afférents à l'obstétrique et à la gynécologie, son dus à son inspiration.

Mais si, partout à l'étranger, sa réputation était solidemen blie, c'est surtout dans l'Allemagne du Nord que son au scientifique était le mieux reconnue. On le vit bien à la mo Schrœder ! Breisky, en effet, obtint le second rang parmi le cesseurs désignés comme ayant des titres à l'héritage scient du célèbre gynécologue et accoucheur allemand.

Breisky était né le 25 mars 1832, à Klattau (Bohême). Il f études à Prague, où il fut l'assistant de l'anatomo-pathol Treitz. 3 ans 1/2 après, il entra, en qualité d'assistant, à la que obstétricale de Seyfert.

Dans la suite il obtint une chaire à Salzbourg où il prit la tion de la Maternité. Un an après, il était nommé professeur naire à Berne, où il eut le mérite d'organiser la clinique, a lement dirigée par Müller. En 1874, il était appelé à Prag cinq ans après à Vienne, où sa réputation scientifique ne fi grandir.

(Résumé d'après une notice *in Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 25.)

VARIÉTÉS

La Rédaction du *Jahresbericht für Geburtshülfe et Gy logie* sera heureuse de recevoir de MM. les docteurs s'occup Gynécologie et d'Obstétrique les communications ainsi que rages à part de leurs publications qu'ils voudront bien adre M. le professeur FROMMEL à Erlangen.

Le gérant : G. STEINHEIL

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Août 1889

TRAVAUX ORIGINAUX

DU FONCTIONNEMENT
DE LA MATERNITÉ DE LARIBOISIÈRE
ET DES RÉSULTATS OBTENUS
PENDANT LES ANNÉES 1887 ET 1888 (1).

Par le Dr Pinard, professeur de Clinique d'accouchements à la Faculté.

Pendant ces deux années, les dispositions générales du service sont restées sensiblement les mêmes ; je ne les rappellerai pas ici, les ayant déjà décrites lors de ma première communication. Je ne ferai qu'indiquer les mesures prises l'année dernière par l'Administration de l'Assistance publique et qui ont entraîné des modifications plus ou moins importantes dans le fonctionnement du service.

Désirant, pour plusieurs raisons, réduire autant que possible le service externe, l'Administration de l'Assistance publique fut obligée de donner de l'extension au service in-

(1) Travail communiqué (sauf pour les résultats opératoires) à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, le 27 mars 1889. — Voir in *Annales de Gynécologie,* 1887, le fonctionnement pendant les années 1882 à 1886.

terne, et cela d'autant plus que le nombre des partur
va sans cesse croissant chaque année, comme en témo
les chiffres que je vais donner dans un instant.

C'est alors que l'on songea à installer la Maternité d
pavillon qui jusque-là avait servi à la Communauté.
tôt après la laïcisation de l'hôpital, on se mit à l'œuv
dès le 15 avril 1888, le rez-de-chaussée de ce pavillon
occupé par 22 lits.

L'ancien service restant ce qu'il était, le service i
comprend depuis cette époque 54 lits, dont 28 dans l'an
salle Sainte-Anne appelée aujourd'hui salle Lacha
22 lits dans le rez-de-chaussée du pavillon de l'ancienn
munauté, baptisé du nom de salle Mauriceau, et 4 lit
le service d'isolement (salle Perreau).

En même temps 23 lits étaient supprimés chez les
femmes.

Ces changements expliquent pourquoi le nombre d
couchements effectués dans le service interne l'en
notablement, pendant l'année 1888, sur celui des acc
ments effectués dans le service externe.

Cette différence sera encore plus considérable pe
l'année actuelle et les années qui suivront.

Pour en finir avec ces préliminaires, j'ajouterai qu
mesures hygiéniques, c'est-à-dire prophylactiques, g
les et particulières, sont restées à peu de choses pr
mêmes. J'emploie toujours la solution de biiodure d
cure à 1 pour 4000 comme liquide antiseptique courant
depuis que le professeur Bouchard a fait connaître le
priétés du naphtol (1), j'emploie la solution aqueuse s
de ce produit, pour toutes les femmes chez lesquelles
une raison ou pour une autre, une intoxication est à red

De plus j'ai substitué aux compresses qui servaie
ponges ou qui étaient appliquées sur les organes gén
de l'étoupe au sublimé ; cette substance me paraît préf

(1) Depuis le mois de septembre 1887.

aux compresses faites de vieux linge dont le lessivage pouvait laisser et laissait quelquefois à désirer, les étuves de l'Assistance publique ne nous présentant pas encore toutes les garanties voulues.

Enfin, pour les nouveau-nés, afin de prévenir l'ophthalmie, je fais, depuis le 15 mai 1888, instiller dans les yeux, aussitôt après la naissance, quelques gouttes de jus de citron; ce moyen me paraît préférable à la méthode de Crédé. Pour le cordon ombilical, j'ai substitué au pansement humide le pansement sec : le cordon est simplement entouré avec de l'ouate au sublimé ou au biiodure, et cette manière de faire a donné des résultats supérieurs à ceux obtenus jusqu'alors (1).

Voici maintenant les résultats obtenus :

Année 1887.

Du 1er janvier 1887 au 1er janvier 1888, il y eut (2) :

Dans le service interne	754	accouchements.
— externe (chez les sages-femmes)	1423	—
Nombre total	2177	accouchements.

Bassins rétrécis	64
Insertions vicieuses du placenta	16
Éclampsie	17
Accouchements terminés par le forceps	49
— — version podalique	10
— — basiotripsie	3
— — embryotomie	4
Délivrances artificielles	3
Accouchements provoqués	9
Tamponnement	0

(1) CHEVALLIER. *Du pansement antiseptique du cordon ombilical.* Thèse, Paris, 1888.

(2) Pendant cette année, j'ai été chargé du service de la Clinique de la Faculté; le service de la Maternité de Lariboisière fut dirigé cinq mois par mon collègue Auvard et quatre mois par mon collègue M. Champetier de Ribes.

La mortalité a été :

Dans le service interne, de	9
— externe, de	1
Mortalité totale	10

CAUSES DES 9 DÉCÈS SURVENUS DANS LE SERVICE INTERNE :

Tétanos puerpéral	1
Ruptures de l'utérus	2
Urémie	2
Fièvre typhoïde	1
Ictère grave	1
Intoxication phéniquée ?	1
Infection urineuse	1

Tétanos puerpéral. — I. 6e grossesse ; avortement gémellaire à 5 mois 1/2. Délivrance naturelle et complète une demi-heure après. — Trismus le 10e jour. Morte le 16e jour.

Ruptures de l'utérus. — II. Grossesse à terme. Présentation de l'épaule. Ergot administré par une sage-femme. Deux tentatives de version par un médecin. Transportée mourante à l'hôpital. Rupture diagnostiquée. Embryotomie. Morte douze heures après.

III. 5e grossesse. Cyphotique. Sommet ; apportée avec rupture de l'utérus. Morte une heure après son arrivée.

Urémie. — IV. Primipare albuminurique. Accouchement prématuré à 7 mois, fœtus putréfié. Morte d'urémie 6 jours après.

V. — Primipare albuminurique. Accouchement provoqué à 7 mois pour urémie dyspnéique. Morte 2 jours après, d'urémie.

Fièvre typhoïde. — VI. Primipare. Dans un service de médecine depuis le 30 avril, entre à la Maternité le 6 juillet. Morte le 21e jour après l'accouchement. Autopsie et examen bactériologique faits par M. Widal.

Ictère grave. — VII. Multipare. Colique hépatique 6 semaines avant l'accouchement. Ictère intense. Colique hépatique pendant le travail. Ictère grave. Morte le 7e jour après son accouchement.

Intoxication phéniquée ? — VIII. Sixième grossesse. Avortement de cinq mois et demi. Entrée à la Maternité, en travail depuis quelques jours. Expulsion d'un fœtus de 830 gr. ; délivrance naturelle une heure après. Accidents convulsifs au cours d'une

injection intra-utérine. Ictère le cinquième jour. Morte le onzième jour. Autopsie négative.

Infection urineuse. — IX. Primipare albuminurique. Éclampsie deux heures après l'accouchement spontané. Trois accès. Ictère le quatrième jour. Morte le septième jour avec 43°. Examen bactériologique fait par M. Widal qui a trouvé dans les organes la bactérie considérée par Hallé et Albarran comme cause de l'infection urineuse.

Cause du décès survenu dans le service externe :

1. Inconnue.

Année 1888.

Du 1er janvier 1888 au 1er janvier 1889, il y eut :

Dans le service interne	1.262	accouchements.
— externe	1.005	—
Nombre total	2.267	accouchements.

Bassins viciés	94
Insertion vicieuse du placenta	17
Éclampsie	9
Accouchements terminés par le forceps	63
— — version podalique	12
— — basiotripsie	5
— — céphalotripsie	1
— — embryotomie	3
Délivrance artificielle	19
Accouchements provoqués	20
Tamponnement	0

La mortalité a été :

Dans le service interne, de	13
— externe, de	2
Mortalité totale	15

CAUSES DES 13 DÉCÈS SURVENUS DANS LE SERVICE INTERNE :

Tuberculose pulmonaire	1
Rupture de l'utérus	1
Femmes mortes enceintes (mort subite, éclampsie)	2
Éclampsie, urémie	2
Infection puerpérale	7
	13

Tuberculose pulmonaire. — I. Arrivée à la dernière période. Accouchement spontané ; délivrance naturelle. Morte dans le service de médecine où elle avait été transportée, 20 jours après l'accouchement.

Rupture de l'utérus. — II. Multipare. Présentation de l'épaule négligée. Rupture de l'utérus constatée à l'arrivée à la Maternité. Embryotomie *in extremis*. Morte une demi-heure après l'entrée dans le service.

Femmes mortes avant l'accouchement. — III. Multipare. Grossesse triple. Morte pendant le travail. Extraction *post mortem* des 3 enfants vivants.

IV. Primipare. Enceinte de 7 mois 1/2 à 8 mois. Morte à l'arrivée à la Maternité, où elle avait été transportée comme éclamptique. Pas de renseignements sur les antécédents.

V. *Éclampsie.* — Multipare, 4 accouchements antérieurs, le premier compliqué d'éclampsie. Albuminurie. Avortement de 5 mois 1/2 précédé de 10 accès d'éclampsie. Délivrance naturelle. Morte d'urémie le 4e jour.

Urémie. — VI. Morte d'urémie le 3e jour.

Infection puerpérale. — VII. Multipare albuminurique. Accouchée et délivrée chez elle par une sage-femme. Éclampsie *post partum* pour laquelle elle est apportée à la Maternité. 1 accès dans le service. Coma persistant. Température ascendante jusqu'à 41°. Morte le 3e jour.

Examen bactériologique fait par M. Widal. Infection puerpérale démontrée par les cultures pures de streptocoques retirés des organes. Pas trace de suppuration en aucun point de l'organisme.

VIII. — Avortement de 5 mois — assez avancé lors de son arrivée — probablement provoqué. Expulsion d'un fœtus vivant. Sor-

tie spontanée du placenta 1 heure 1/2 après. Veut partir le 3e jour, se lève malgré défense, a une syncope. Morte le 17e jour. L'autopsie a démontré une endométrite septique et une néphrite infectieuse.

IX. Primipare. Accouchement prématuré et spontané. Délivrance naturelle. Morte de péritonite le 11e jour.

X. Primipare. Accouchement à terme. Forceps. Début d'infection le 3e jour. Infection à forme diphtéritique. Morte le 21e jour.

XI. Accouchement spontané. Morte de septicémie 62 jours après l'accouchement.

XII. Amenée à la Maternité après avoir subi en ville plusieurs tentatives de version. Embryotomie. Morte le 25e jour.

XIII. Primipare. Avortement de 6 mois. Rétention du placenta. Adhérences anormales et enchatonnement. Délivrance artificielle. Morte le 6e jour. A l'autopsie : utérus bicorne et perforation d'une corne par chute d'une escarre.

CAUSES DES DÉCÈS SURVENUS DANS LE SERVICE EXTERNE :

Septicémie	1
Mort subite	1

RÉSUMÉ

En résumé, du 1er janvier 1887 au 1er janvier 1889,

4444 femmes vinrent accoucher dans le service d'accouchements de Lariboisière.

Sur ce nombre 4419 retournèrent chez elles bien portantes ; 25 moururent.

Dans le service interne, il y eut 2016 accouchements. Sur ce nombre, 1994 femmes quittèrent le service bien portantes, 22 moururent dont 2 non accouchées.

Dans le service externe, il y eut 2428 accouchements. Sur ce nombre 2422 quittèrent leur chambre bien portantes, trois femmes furent ramenées dans le service d'isolement, étant infectées, et guérirent ; trois femmes moururent.

Je dois dire à ce propos que depuis le mois de mai 1885 toute femme en proie à l'infection appartenant soit au ser-

vice externe, soit au service interne, au lieu d'être comme autrefois évacuée sur un service de médecine, est transportée dans notre service d'isolement et soumise à l'irrigation continue. Les résultats obtenus jusqu'à ce jour démontrent la puissance thérapeutique de cette méthode.

Si l'on sépare la mortalité par septicémie de la mortalité générale, on obtient les chiffres suivants :

Mortalité par infection :

	DANS LE SERVICE INTERNE	DANS LE SERVICE EXTERNE
1887	0	0
1888	7	1
	7	1

Si l'on sépare encore les cas de septicémie probablement apportés du dehors des cas probablement contractés dans le service, l'on a :

	SERVICE INTERNE Cas de septicémie probablement contractée		SERVICE EXTERNE Cas de septicémie probablement contractée	
	avant l'entrée,	après l'entrée,	avant l'entrée,	après l'entrée
1887	0	0	0	0
1888	3	4	0	1

Je tiens à faire quelques remarques à propos du tableau qui précède.

D'abord, je compte un de ces décès comme causé par la septicémie alors que je l'aurais donné, il y a quelque temps, comme causé par éclampsie. C'est une femme éclamptique apportée après avoir été accouchée et délivrée au dehors et qui est morte dans le coma le troisième jour après son entrée. Autrefois personne n'aurait hésité à dire que cette femme était morte d'éclampsie, tandis qu'aujourd'hui l'autopsie bactériologique est venue nous démontrer que cette femme était morte de septicémie.

De plus, dans un service où toutes les règles de l'hygiène

seront ordonnées, on observera, je crois, de temps en temps, quelques cas de septicémie, résultant d'une faute commise, d'un oubli involontaire, d'un manque d'habitude, je pourrais dire d'un défaut d'imprégnation de la méthode antiseptique. C'est ce qui nous arrive quand nous changeons de personnel.

Il n'entre en aucune façon dans mon esprit la pensée d'incriminer qui que ce soit, mais je crois être dans la vérité en disant que tout changement d'interne, de sage-femme, d'infirmière, s'accuse sur les feuilles de température des parturientes. J'ai relevé le fait assez souvent pour voir là autre chose qu'une coïncidence.

J'ai conservé le même personnel en 1887. Il n'en a pas été de même en 1888, et les quelques cas de septicémie contractée dans le service se sont montrés quelques jours après l'entrée des personnes nouvellement en fonctions.

J'ajouterai qu'il n'est pas toujours facile d'obtenir des nouveaux élèves qui fréquentent le service, l'observation rigoureuse de l'antisepsie.

Enfin je ferai observer que le nombre d'accouchements ayant tout à coup presque doublé, nous nous sommes trouvés, au point de vue du fonctionnement du service, en présence de conditions toutes nouvelles exigeant du personnel, malheureusement insuffisant, un apprentissage entièrement nouveau. Malgré tout, ainsi que nos chiffres en témoignent, les cas d'infection sont restés isolés ; et je puis dire que l'état sanitaire a été excellent pendant l'année 1888 et même supérieur à 1887, car l'état sanitaire se juge surtout par la morbidité bien plus et bien mieux que par la mortalité.

Or, en réunissant tous les cas où la température est restée normale pendant les suites de couches et les cas dans lesquels la température s'est élevée, quelle qu'en ait été la cause (lésions du sein, stercorhémie, lésions thoraciques, éclampsie, septicémie, etc.), on peut dresser le tableau de la morbidité. Si nous agissons ainsi pour les années 1887 et 1888, nous avons le tableau ci-dessous.

Suites de couches absolument physiologiques.

En 1887	760 pour 1000
1888	820 pour 1000

Ces chiffres ne démontrent pas seulement que la morbidité a été moindre en 1888 qu'en 1887; ils prouvent aussi que, depuis le début du fonctionnement du service, la morbidité a été constamment en diminuant:

En effet, le nombre des femmes ayant présenté des suites de couches absolument physiologiques, a été :

En 1884	de	375	pour 1.000
1885	de	620	—
1886	de	755	—
1887	de	760	—
1888	de	820	—

Il est intéressant, je crois, de constater que ces résultats ont été obtenus dans un service qui n'a pas de salle de rechange, qui n'a jamais cessé de fonctionner un seul jour, et dont les lits, je puis dire, ne se reposent pas une heure. Car j'ai eu pendant l'année 1888 presque constamment des brancards dans mon service.

Vais-je pour cette raison ne plus persister à être l'ennemi de l'encombrement et à ne plus réclamer toutes les mesures que comporte l'hygiène? Bien loin de là.

Plus que jamais je suis partisan de l'isolement immédiat et absolu de toute parturiente suspecte ou malade, isolement préconisé et pratiqué par M. Tarnier à la Maternité, longtemps avant l'application des méthodes antiseptiques, et qui lui a donné de si beaux résultats (1).

Plus que jamais je réclame, pour les parturientes saines, les conditions hygiéniques les meilleures; car c'est seulement dans ces circonstances que l'asepsie et l'antisepsie sont plus

(1) La mortalité totale est tombée, du fait de cette réforme, de 9,3 pour 100 à 2,3 pour 100. TARNIER. Leçon d'ouverture, in *Annales de Gynécologie*, tome XXI, p. 246.

aisément appliquées et obtenues. Enfin je ne saurais trop insister sur l'importance du personnel.

Ainsi que le faisait si justement remarquer notre collègue M. J. Lucas-Championnière dans son importante communication du 22 février 1888, c'est là une question capitale. Il faut que dans une Maternité, depuis le chef de service jusqu'aux infirmières, tout le monde soit pénétré de l'importance de ses fonctions. Il faut que tous, internes, sages-femmes, élèves, infirmières de jour, veilleuses de nuit, soient des adeptes de la méthode antiseptique ; il faut que tous aient la foi.

En chirurgie, à l'heure actuelle, ce ne sont plus les infirmiers qui font les pansements ; presque partout ce sont les chefs de service. Mais les accoucheurs, malgré toute leur bonne volonté, ne peuvent faire les toilettes ; les internes, les sages-femmes n'y suffiraient pas non plus. Ce rôle, au moins pour tous les accouchements simples, est dévolu aux infirmières, qui tiennent alors dans leurs mains la vie des femmes.

Les suites de couches les plus belles, sont observées chez les femmes qui ont subi, lors de leur accouchement fait tout entier dans le service, une opération quelconque.

Pourquoi cela ? Parce que chez ces femmes les précautions les plus grandes sont prises, non seulement pendant l'opération, mais encore pendant les suites de couches. Voici en effet la statistique de nos résultats opératoires.

RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Du 1er novembre 1882 au 1er janvier 1889.

APPLICATIONS DE FORCEPS

Afin de ne pas trop compliquer cette statistique, je n'ai pas cru devoir séparer les applications de forceps faites au détroit supérieur ou au-dessus de celles faites dans l'excavation ou au détroit inférieur. Du reste, les résultats des applications de forceps faites au détroit supérieur ont été, en

partie, sauf pour l'année 1888, publiés dans la thèse inaugurale de mon ancien interne M. le Dr Lepage (1).

ANNÉES	ACCOUCHEMENTS TERMINÉS PAR LE FORCEPS	FEMMES SORTIES BIEN PORTANTES	FEMMES MORTES
1883	55	51	4
1884	30	27	3
1885	34	33	1
1886	46	45	1
1887	49	49	0
1888	63	62	1
Totaux...	277	267	10

Le tableau suivant donne les indications résumées concernant les dix cas terminés par la mort.

DATE ET N° DE L'OBSERVATION	TRAITEMENT OU OPÉRATION AVANT L'ENTRÉE	ÉTAT DE LA FEMME A SON ARRIVÉE DANS LE SERVICE	CAUSE DE LA MORT
1884 VI	Pas.	Éclampsie.	Urémie.
1885 IV	Pas.	Éclampsie.	Urémie.
1883 I	Pas.	Bronchite depuis un mois.	Congestion pulmonaire aiguë.
1884 VII	Pas.	Bon.	Rupture spontanée du col, du vagin et de la vessie, survenue avant l'application de forceps pendant la période d'expulsion.
1884 XI	Forceps et seigle ergoté.	Mauvais.	Infection puerpérale.
1886 IX	Tamponnement.	Mauvais.	Infection puerpérale.
1883 III	Pas.	Bon.	Infection puerpérale (Incisions du col pour fibromes).
1883 VI	Pas.	Bon.	Infection puerpérale.
1883 VII	Pas.	Bon.	Infection puerpérale.
1888 X	Pas.	Bon.	Infection puerpérale.

(1) LEPAGE. *De l'application de forceps au détroit supérieur.* Th. Paris, 1888.

(1) Les chiffres renfermés dans cette colonne correspondent aux observations des statistiques annuelles précédemment exposées. (Voir pour les années 82 à 86, in *Annales de Gynécologie,* 1887).

ACCOUCHEMENTS TERMINÉS PAR LA VERSION PODALIQUE

(Par manœuvres internes ou mixtes.)

ANNÉES	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS TERMINÉS PAR LA VERSION	FEMMES SORTIES BIEN PORTANTES	FEMMES MORTES
1883	11	11	0
1884	13	10	3
1885	10	9	1
1886	9	8	1
1887	10	10	0
1888	15	15	0
Totaux....	68	63	5

Le tableau suivant donne les indications résumées concernant les 5 cas terminés par la mort.

DATE ET N° DE L'OBSERVATION		TRAITEMENT OU OPÉRATION AVANT L'ENTRÉE	ÉTAT DE LA FEMME A SON ARRIVÉE DANS LE SERVICE	CAUSE DE LA MORT
1884	VIII	Forceps.	Rupture utérine.	Rupture utérine.
1885	VIII	Accouchée en ville d'un premier enfant.	Présentation de l'épaule négligée du second fœtus. Rupture utérine.	Rupture utérine.
1886	IV	Pas.	Tête mobile au détroit supérieur, défléchie par une application de forceps.	Rupture utérine.
1884	XIII	Depuis 54 heures, par une sage-femme de la ville.	Présentation de l'épaule. Fœtus putréfié. Temp. 39°, Pouls 120.	Infection puerpérale.
1884	XVII	Par une sage-femme de la ville pour hémorrhagies.	Mauvais. Enfant mort et macéré.	Infection puerpérale.

ACCOUCHEMENTS TERMINÉS PAR CÉPHALOTRIP

ANNÉES	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS TERMINÉS PAR CÉPHALOTRIPSIE	FEMMES SORTIES BIEN PORTANTES
1883	8	6
1884	1	1
1885	»	»
1886	»	»
1887	»	»
1888	1	1
Totaux...	10	8

Le tableau suivant donne les indications résum cernant les 2 cas terminés par la mort.

DATE ET Nº DE L'OBSERVATION	TRAITEMENT OU OPÉRATION AVANT L'ENTRÉE	ÉTAT DE LA FEMME A SON ARRIVÉE DANS LE SERVICE	CAUSE DE LA
1883 IX	Seigle ergoté. En travail depuis plusieurs jours chez une sage-femme.	Mauvais. Fœtus mort et putréfié.	Infection puer
1883 XI	Pas.	Bon.	dº

ACCOUCHEMENTS TERMINÉS PAR BASIOTRIPS

ANNÉES	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS TERMINÉS PAR BASIOTRIPSIE	FEMMES SORTIES BIEN PORTANTES
1883	»	»
1884	4	3
1885	7	6
1886	12	10
1887	4	4
1888	5	5
Totaux...	32	28

Le tableau suivant donne les indications résumées nant les 4 cas terminés par la mort.

DATE ET N° DE L'OBSERVATION		TRAITEMENT OU OPÉRATION AVANT L'ENTRÉE	ÉTAT DE LA FEMME A SON ARRIVÉE DANS LE SERVICE	CAUSE DE LA MORT
1886	V	Forceps. Seigle ergoté.	Rupture utérine. Enfant mort.	Rupture de l'utérus.
1886	II	Pas.	Mourante. Collapsus. Enfant mort.	Hémorrhagie gastro-intestinale.
1884	XII	Sept applications de forceps. Seigle.	Mauvais. Enfant mort.	Septicémie.
1885	X	Deux applications de forceps.	Déchirures profondes du vagin et du col. Enfant mort.	Id.

ACCOUCHEMENTS TERMINÉS PAR EMBRYOTOMIE

ANNÉES	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS TERMINÉS PAR EMBRYOTOMIE	FEMMES SORTIES BIEN PORTANTES	FEMMES MORTES
1883	»	»	»
1884	»	»	»
1885	1	1	»
1886	»	»	»
1887	3	2	1
1888	3	1	2
Totaux...	7	4	3

Le tableau suivant donne les indications résumées, concernant les 3 cas terminés par la mort.

DATE ET N° DE L'OBSERVATION		TRAITEMENT OU OPÉRATION AVANT L'ENTRÉE	ÉTAT DE LA FEMME A SON ARRIVÉE DANS LE SERVICE	CAUSE DE LA MORT
1887	II	Ergot et deux tentatives de version.	Rupture utérine.	Rupture utérine.
1888	II	Présentation de l'épaule négligée en ville.	Rupture utérine.	Rupture utérine.
1888	XII	Plusieurs tentatives de version.	Mauvais.	Septicémie.

ACCOUCHEMENTS PROVOQUÉS

ANNÉES	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS PROVOQUÉS	FEMMES SORTIES BIEN PORTANTES	FEMMES MORTES
1883	2	2	0
1884	4	4	0
1885	8	8	0
1886	7	7	0
1887	9	8	1
1888	20	20	0
Totaux...	50	49	1

Le seul décès observé à la suite de l'accouchement ne peut être imputé à l'opération. C'était une femme ayant de l'urémie dyspnéique, enceinte de 7 mois et qui mourut d'urémie deux jours après son accouchement. N° 5 de l'année 1887.

LAPAROTOMIE

J'ai opéré en 1888 par la laparotomie, une grossesse extra-utérine, variété abdominale, ayant évolué jusqu'à terme. La mère a guéri. Cette observation a été publiée dans le numéro d'avril 1889 des *Annales de Gynécologie.*

VERSIONS PAR MANOEUVRES EXTERNES

De 1883 à 1888 inclus, il a été fait dans mon service 52 versions par manœuvres externes pour des présentations de l'épaule, et 26 versions par manœuvres externes pour des présentations du siège. Toutes ces femmes sont sorties de l'hôpital bien portantes, et la version n'a jamais déterminé le moindre accident.

En résumé, si nous laissons de côté les versions par manœuvres externes, nous avons, en récapitulant le nombre des opérations, les chiffres suivants :

Application de forceps	277	10 décès.
Versions	68	5 —
Céphalotripsies	10	2 —
Basiotripsies	32	4 —
Embryotomies	7	3 —
Accouchements provoqués	50	1 —
Total	444	25 décès.

Sur ces 25 décès, 19 ont été la suite de manœuvres, d'accidents, de maladies antérieures à notre intervention opératoire (urémie, 3. — Hémorrhagie, 1. — Congestion pulmonaire aiguë, 1. — Ruptures utérines, 6. — Infection puerpérale, 7).

6 décès seulement peuvent être imputés à notre intervention opératoire, savoir :

4 après applications de forceps ;
1 après version ;
1 après céphalotripsie.

L'un de ces décès a été causé par rupture de l'utérus, 5 par infection puerpérale. On remarquera que 4 de ces derniers furent observés pendant la première année de fonctionnement du service, en 1883.

MORTALITÉ PAR 100 ACCOUCHEMENTS

ANNÉES	DANS LES SERVICES INTERNE ET EXTERNE RÉUNIS			DANS LE SERVICE INTERNE SEUL		
	MORTALITÉ TOTALE	Mortalité par Septicémie sans distinction d'origine	Mortalité par Septicémie contractée dans le service	MORTALITÉ TOTALE	Mortalité par Septicémie sans distinction d'origine	Mortalité par Septicémie contractée dans le service
1883	0.68	0.63	0.39	1.49	1.38	0.80
1884	1.06	0.53	0.32	2.78	1.18	0.48
1885	0.96	0.48	0.24	1.98	0.79	0.13
1886	0.71	0.42	0.28	1.46	0.65	0.16
1887	0.46	Nulle.	Nulle.	1.19	Nulle.	Nulle.
1888	0.66	0.35	0.22	1.02	0.55	0.32
1883 à 1888 inclusivement	0.74	0.39	0.24	1.45	0.69	0.30

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

Si nous faisons la récapitulation des résultats que nous avons obtenus depuis le début du fonctionnement du service, nous avons le tableau ci-dessus.

Depuis le 1er novembre 1882 jusqu'au 1er janvier 1880 :

12,580 femmes vinrent accoucher à la Maternité de l'hôpital Lariboisière.

La mortalité totale a été de 0,74 pour 100.

La mortalité totale par infection puerpérale a été de 0,39 pour 100.

DE LA CONDUITE A TENIR PENDANT LE TRAVAIL DANS LES VARIÉTÉS POSTÉRIEURES DE LA PRÉSENTATION DU SOMMET

Par le Dr **Bataillard.**

Si nous laissons de côté les faits absolument exceptionnels, tels que la transformation *dans l'excavation* d'une occipito-postérieure en présentation de la face, les exemples d'occipito-postérieures non réduites ou réduites incomplètement, nous croyons qu'il est possible de rapporter à l'un des trois types cliniques suivants un cas quelconque de variété postérieure observé pendant le travail :

Tantôt, à l'étendue près du mouvement de rotation destiné à ramener l'occiput sous la symphyse pubienne, l'accouchement se comporte comme s'il s'agissait d'une occipito-antérieure ; tantôt l'occiput s'attarde ou s'arrête *dans le diamètre transversal du bassin ;* tantôt enfin, mais cela est rare, il se porte dans la concavité du sacrum et le dégagement a lieu en position occipito-sacrée.

Quelques chiffres et quelques exemples empruntés à une

étude que nous venons de publier (1), vont nous permettre d'établir l'existence et la fréquence relative de ces différents types cliniques. Les déductions pratiques suivront.

I

a) *Contrairement à l'opinion des anciens auteurs, dans l'immense majorité des cas, la terminaison est identique dans les variétés antérieures et postérieures de la présentation du sommet.* C'est ainsi que sur 400 cas d'occipito-postérieures, 353 fois la terminaison a été spontanée, après réduction en position occipito-pubienne.

Et comparativement : 660 occipito-antérieures ont fourni 634 occipito-pubiennes dégagées spontanément.

Reste à savoir dans quel espace de temps se sont produits cette réduction et ce dégagement.

En tenant compte de l'état de primiparité ou de multiparité et du poids de l'enfant, c'est-à-dire de son volume, voici les chiffres que nous avons obtenus :

Chez les primipares :

Quand l'enfant pèse de 2,500 à 3,000 grammes, la durée moyenne du travail de l'accouchement est de deux heures plus longue dans les postérieures que dans les antérieures ;

Quand l'enfant pèse de 3,000 à 3,500 grammes, la différence est de près de trois heures et demie à l'avantage des antérieures.

Chez les multipares :

Quand l'enfant pèse de 2,500 à 3,000 grammes, la durée moyenne du travail de l'accouchement est encore d'environ deux heures plus longue dans les postérieures que dans les antérieures ;

Quand l'enfant pèse de 3,000 à 3,500 grammes, la diffé-

(1) Thèse de doctorat, juillet 1889. Les matériaux de cette thèse ont été empruntés aux Bulletins statistiques du service du professeur Pinard (années 1885-86-87).

rence, toujours à l'avantage des antérieures, n'est que de trente minutes environ.

Ainsi donc, d'après notre statistique, l'écart maximum observé entre les occipito-antérieures et les occipito-postérieures est de près de 3 heures et demie.

Quand bien même nous devrions nous en tenir à ce chiffre, nous serions encore loin des 5 à 6 heures de différence, dont parlent nos traités classiques. Mais la moyenne qui accuse un écart aussi considérable est construite sur un trop petit nombre de cas pour avoir grande valeur (51 observations d'une part, 64 de l'autre).

Au contraire celle qui indique seulement une différence de 30 minutes a été établie sur un nombre beaucoup plus respectable d'observations (164 occipito-antérieures et 80 occipito-postérieures) ; ce qui nous porte à penser qu'en multipliant les recherches, on arriverait graduellement à reconnaître, au milieu de la diversité des cas particuliers, qu'en règle générale le travail de l'accouchement n'est guère moins long, toutes choses étant égales d'ailleurs, dans les postérieures que dans les antérieures.

A l'appui de notre thèse, faisons encore observer que les accouchements rapides ne sont pas exceptionnels dans les postérieures.

Sur 311 O.P. :

51 fois la durée totale du travail a été inférieure. à 4 heures
32 fois.................................... ...... à 3 heures
4 fois... .... à 2 heures

Le chiffre de 2 heures a été observé 9 fois :

Dans 3 cas, l enfant pesait moins de 3,000 grammes ;

Dans 5 cas, entre 3,000 et 3,500 grammes ;

Dans un cas, 3,550 grammes,

Enfin une multipare, dont l'enfant se présentait en O.I.D.P et pesait 2,200 grammes est accouchée en 30 minutes.

Des chiffres qui précèdent il résulte qu'en groupant les

faits qui paraissent les plus propres à être comparés, il est aisé d'établir des séries d'occipito postérieures absolument comparables aux antérieures, non seulement par la terminaison, mais encore par la marche et la durée du travail.

b) *Il existe des occipito-postérieures dans lesquelles l'accouchement traîne en longueur.* Or, en cas de travail prolongé, ce retardement porte presque exclusivement sur la période de dilatation.

En effet, tandis qu'en moyenne la durée de la période d'expulsion est, dans les occipito-antérieures de 50 minutes chez les primipares et de 25 minutes chez les multipares, d'après notre statistique; dans les 400 occipito-postérieures que nous avons examinées, elle a été trouvée de 1 heure 10 minutes chez les primipares et de 35 minutes chez les multipares. Soit une différence moyenne d'un quart d'heure seulement.

Cherchons donc quelles sont, pendant la période de dilatation, les causes susceptibles de retarder la marche de l'accouchement.

Le défaut de flexion de la tête qui est, pour ainsi dire, la règle dans les occipito-postérieures, au moins pendant la première partie de la période de dilatation, a été incriminée par les auteurs :

« Toutes les fois, écrit le professeur Tarnier, que, dans les positions occipito-postérieures, j'ai observé l'insuffisance des contractions utérines et l'impuissance des efforts faits par les patientes, j'ai trouvé la déflexion de la tête, et mon doigt arrivait facilement sur la fontanelle antérieure, tandis que la fontanelle postérieure était difficile à atteindre et même inaccessible. Tant que cette déflexion persiste, on peut être sûr que le travail ne fera pas de progrès ; mais la scène change dès que la tête se fléchit ; la fontanelle antérieure s'éloigne du centre du bassin, pendant que la fontanelle postérieure s'en rapproche. Ce mouvement m'a fait souvent pronostiquer la terminaison prochaine de l'accouchement, et mes prévisions se sont réalisées. »

En réalité, dès que la tête se fléchit, et alors seulement,

le diamètre sous-occipito-frontal se substituant au diamètre occipito-frontal, celle-ci cesse d'être, pour ainsi dire, suspendue dans l'excavation par ses extrémités, front et occiput; elle se moule sur le segment inférieur, et concourt efficacement à la dilatation du col. Flexion, engagement et rotation ne font qu'un.

Mais lorsque cette flexion tarde à s'accomplir, alors, suivant la judicieuse remarque de Mme Lachapelle, la tête ne séjourne pas indéfiniment dans le diamètre oblique du bassin. Elle s'installe dans le diamètre transversal où elle est maintenue par la présence, derrière la symphyse pubienne, de la lèvre antérieure du col, généralement fortement œdématiée, et qui forme cale (professeur Pinard) (1).

La fixité relative de cette position transitoire est attestée par 89 observations consignées dans notre thèse inaugurale. Bien entendu, nous n'avons relevé que les cas où la variété transversale franche, constatée dans l'excavation, au cours du travail, coïncidait avec un bassin normalement conformé.

Le dépouillement des bulletins cliniques de la Maternité de Lariboisière, nous a permis de constater :

La durée particulièrement longue du travail dans cette caté gorie d'occipito-postérieures : une différence de 3 heures en plus a été relevée dans certaines colonnes de notre statistique;

La proportion beaucoup plus grande d'accouchements terminés à l'aide du forceps : 22,48 0/0 (O.T.), au lieu de 6,78 0/0 (O.P. communes).

Ces résultats ne doivent pas nous surprendre, puisque c'*est dans le diamètre transversal du bassin que s'arrête la tête incomplètement fléchie, qui ne doit pas achever spontanément son mouvement de rotation et que c'est encore dans cette position qu'au moment de l'intervention, elle sera saisie par le forceps.*

(1) Cette théorie n'est bien entendu, applicable qu'à la période de dilatation. Plus tard, la situation et la forme de la bosse séro-sanguine concourent au même résultat (professeur Pinard). La démonstration de ce fait fera l'objet d'une étude spéciale.

c) Il peut encore *arriver qu'une occipito-postérieure se réduise en occipito-sacrée et se dégage dans cette position.* Jusqu'à Solayrès de Renhac et Mme Lachapelle, les accoucheurs ont pensé que cette terminaison était constante dans les variétés postérieures de la présentation du sommet. A Nægelé revient le mérite d'avoir reconnu que la réduction spontanée d'une occipito-postérieure en O. T., en O. A. et finalement en occipito-pubienne est la règle au lieu de constituer l'exception.

L'opinion ancienne est si bien accréditée du temps de Pusoz, que pour établir la fréquence relative des occipito-postérieures cet auteur se contente de relever le nombre de dégagements en O.S. qu'il a observés. Il arrive ainsi au chiffre de 2 0/0, qui nous paraît mériter d'être relevé. Il s'éloigne sans doute beaucoup de celui de 39 0/0 qui représente pour nous la fréquence relative des variétés postérieures pendant le travail; mais il est, à peu de chose près, identique au chiffre que nous avons trouvé lorsque nous avons voulu établir le tant p. 0/0 de dégagements en occipito-sacrée. A ce titre, il peut nous servir de preuve.

En effet, sur 400 occipito-postérieures authentiques diagnostiquées pendant le travail, nous avons noté six fois seulement, c'est-à-dire dans 1,50 0/0 des cas, la réduction et le dégagement en O. S. Voici le résumé de ces six observations :

I. — Secondipare de 32 ans ; enceinte de huit mois et demi, d'après l'époque de ses dernières règles ; à son arrivée à l'hôpital, la dilatation étant complète, on constate une position O.S. franche. Presque aussitôt, sept heures après l'apparition des premières douleurs, rupture spontanée de la poche des eaux. Terminaison une heure plus tard, spontanément : dégagement en O.S. Durée totale du travail : huit heures. Périnée intact. Enfant vivant, du sexe masculin, pesant 2900 grammes. Principaux diamètres de la tête fœtale : O.F. 11 ; O.M. 13 ; B.P. 9 ; B.T. 8 ; S.O.B. 9 1/2; longueur totale : 48 centimètres.

Délivrance naturelle, trente minutes après l'accouchement.

Suites de couches physiologiques. État de l'enfant à la sortie de l'hôpital : bon.

II. — Femme de 28 ans, quatrième grossesse ; grossesse gémellaire. Rupture artificielle des membranes, la dilatation étant complète, trois heures quinze minutes après l'apparition des premières douleurs. Trente minutes plus tard : naissance d'un premier garçon vivant, pesant 2600 grammes s'étant présenté par le sommet en O.I.G.A.

Trente minutes après, naissance d'un second garçon vivant, pesant 2640 grammes. Dégagement de la tête fœtale en O.S. Durée totale du travail : quatre heures un quart. Périnée intact. Principaux diamètres de la tête du deuxième enfant : O.F. 11 ; O.F. 12 1/2 ; B.P. 9 ; B.T. 8 ; S.O.B. 9 1/2. Longueur totale : 45 centimètres. Délivrance naturelle, quinze minutes après l'accouchement. Hémorrhagie après la délivrance : injection intra-utérine chaude. Suites de couches : une seule fois le quatrième soir, 38°,8. État de l'enfant à la sortie de l'hôpital : bon.

III. — Tertipare de 26 ans, présentation du sommet en O.S. franche, au moment du premier examen. Rupture spontanée des membranes, la dilatation étant complète, dix heures après l'apparition des premières douleurs. Hydropisie de l'amnios. Terminaison spontanée une heure plus tard ; dégagement de la tête fœtale en O.S. Périnée intact. Durée totale du travail : onze heures Enfant du sexe masculin, mort et macéré, pesant 2600 grammes. Délivrance naturelle, trois heures après l'accouchement. Suites de couches : 38°, les deux premiers soirs.

IV. — Femme de 37 ans, cinquième grossesse. Présentation du sommet en position O.S. franche, au moment du premier examen Rupture artificielle des membranes, la dilatation étant complète, une heure trente minutes après l'apparition des premières douleurs. Terminaison spontanée, trente minutes plus tard. Dégagement de la tête fœtale en O.S. Périnée intact. Durée totale du travail : deux heures. Enfant vivant, du sexe féminin, pesant 2980 grammes. Longueur totale : 48 centimètres. Principaux diamètres de la tête fœtale : O.F. 10 5 ; O.M. 12.7 ; B.P. 9,1 ; B.T. 8,1 ; S.O.B. 9,7. Délivrance naturelle : trente minutes après l'accouchement. Suites de couches physiologiques. État de l'enfant à la sortie de l'hôpital : bon.

V. — Secondipare de 18 ans. Présentation du sommet en posi-

tion O.S. franche au moment du premier examen. Rupture des membranes artificielle, à la dilatation complète, six heures trente minutes plus tard. Dégagement de la tête fœtale en O.S. Durée totale du travail : sept heures. Enfant vivant, du sexe féminin, pesant 3150 grammes. Longueur totale : 48 centimètres. Principaux diamètres de la tête fœtale : O.E. 10,5 ; O.M. 12,5; B.P. B.T. 9,1 ; S.O.B. 9.5. Délivrance spontanée aussitôt après l'accouchement. Suites de couches physiologiques. État de l'enfant à la sortie de l'hôpital : bon.

VI. — Femme de 29 ans ; quatrième grossesse ; rupture prématurée des membranes au moment des premières douleurs ; présentation du sommet en position O.S. franche, à son arrivée, la dilatation étant complète. Terminaison spontanée, trente minutes plus tard. Dégagement de la tête fœtale en O.S. Durée totale du travail : deux heures quarante-cinq minutes. Périnée intact. Enfant vivant, de sexe féminin, pesant 3,250 grammes. Longueur totale : quarante-huit centimètres. Principaux diamètres de la tête fœtale : O.F. 10,5 ; O.M. 12,8; B.P. : 9,2; B.T. 8; S.O.B ; 9,5. Délivrance naturelle : quarante minutes après l'accouchement. Suites de couches 38°,5 le troisième soir et le huitième soir. État de l'enfant à la sortie de l'hôpital : bon.

Ces observations montrent que la rotation de la tête en arrière s'observe lorsque l'accommodation est gênée et empêchée. La multiparité, la surdistension de l'utérus (grossesse gémellaire, hydroamnios), le faible volume du fœtus, l'état de macération de celui-ci, ainsi que les manœuvres intempestives, tant manuelles qu'instrumentales, sont des conditions favorables à sa production. Cette terminaison ne prolonge pas nécessairement la durée du travail qui peut marcher très rapidement et elle n'assombrit pas fatalement le pronostic, puisque, dans aucun des cas relatés par nous, elle n'a été préjudiciable ni à la mère, ni à l'enfant.

II

Les données statistiques qui précèdent vont nous permettre de résoudre cette question :

Quelle conduite tenir, en présence d'un accouchement par le sommet en variété postérieure ?

Il faudra d'abord déterminer dans quelle catégorie d'occipito-postérieures rentre le cas observé.

Si, ainsi que cela est la règle, pour être parfois un peu plus long, le travail de l'accouchement n'en marche pas moins régulièrement, il conviendra de s'abstenir de toute intervention manuelle ou instrumentale et de se rappeler qu'une sage temporisation nous a fourni, pour 311 occipito-postérieures, 290 accouchements spontanés, soit une proportion de 94 0/0.

Mais l'accouchement peut traîner en longueur et alors on constatera presque toujours l'arrêt de la tête défléchie dans le diamètre transversal du bassin. En pareil cas la terminaison sera encore spontanée 70 fois sur 100. Par conséquent, on ne devra pas se hâter d'intervenir, à moins d'une indication pressante du côté de la mère ou de l'enfant.

Une expectation de deux heures, la dilatation étant complète, est exigée par tous les accoucheurs.

Nous conseillons, pendant ce laps de temps, de ne pas abuser du toucher et même de se contenter de surveiller les bruits du cœur fœtal.

C'est en effet, pendant cette période d'expectation, qui succède à la dilatation complète et qui précède le moment où la tête se cale, en quelque sorte, dans le diamètre transversal du bassin, qu'un toucher maladroit peut déterminer l'occiput à rouler dans la concavité du sacrum.

Ceci nous amène à parler de la réduction dite manuelle ou digitale.

De nos jours, elle a été préconisée en France par M. Tarnier, en Angleterre par Playfair. Le maître anglais convaincu que la condition essentielle de la rotation est la flexion de la tête, presse de bas en haut sur l'os frontal pour l'exagérer. M. Tarnier opère la réduction d'une façon différente :

« Dans les positions occipito-postérieures, l'une des oreilles du fœtus étant en rapport avec l'éminence ilio-pectinée

gauche ou droite et, par conséquent, facilement accessible, peut donner au doigt un excellent point d'appui. Voici d'ailleurs comment je procède : quand la dilatation est complète, ou à peu près, jamais avant, j'introduis profondément le doigt indicateur, le gauche, pour la position occipito-iliaque droite postérieure, et je l'applique sur le côté de la tête ; puis je le fais glisser en avant et en haut jusqu'à ce qu'il sente le rebord postérieur de l'oreille gauche sur toute sa hauteur ; j'attends alors une contraction utérine, et dès qu'elle commence, ou, pour mieux dire, dès que je la sens venir, j'appuie fortement le doigt sur la tête, en le portant en même temps avec force, et sans violence, du côté du pubis, puis derrière la symphyse et enfin jusque sur le côté gauche du bassin. Pendant tout le trajet, le doigt reste appliqué sur la tête qu'il presse sans glisser, car il est retenu par le rebord de l'oreille, et il fait tourner la tête avec lui. L'occiput est ainsi ramené en avant. La rotation artificielle ne doit provoquer aucune souffrance quand elle est bien faite. Dans certains cas, la manœuvre est incomplète, et l'occiput s'arrête à moitié chemin ; on achève alors le mouvement au moment de la contraction utérine suivante, mais pour ne pas perdre le terrain qu'on a gagné, il est nécessaire de maintenir le doigt en place jusqu'à ce que cette contraction se produise.

« Même manœuvre en sens inverse, avec l'index droit, pour les occipito-iliaques gauches postérieures.

« Après trois ou quatre essais, si j'échoue, je n'insiste pas davantage de peur de fatiguer les malades ; mais nombre de fois la tête a obéi à ma première tentative de rotation artificielle. »

A moins d'être très adroit et parfaitement sûr de la situation exacte de la tête fœtale, nous ne croyons pas qu'il soit prudent d'avoir recours à ce procédé, dès que la dilatation est complète. Le délai de deux heures, exigé pour l'intervention à l'aide du forceps, nous paraît devoir être appliqué à l'intervention manuelle.

Comme nous l'avons établi, au bout de ce temps l'occiput,

ayant presque toujours abandonné ses rapports a
des symphyses sacro-iliaques, aura beaucoup moins
ces d'être entraîné dans la concavité sacrée, réduct
heureuse obtenue 3 fois dans l'espace de quelques j
Maternité de Lariboisière, par une élève sage-fem
velle venue dans le service, qui avait voulu tenter
rément la rotation manuelle.

D'ailleurs, si l'on songe à la solidarité qui doi
entre le mouvement de rotation de la tête et celui d
les pour que la réduction soit durable, on reconn
pour avoir chance de déterminer, à l'aide d'un s
appliqué derrière le pavillon de l'oreille, une par
version, il est prudent d'attendre le moment où,
l'expression de Mme Lachapelle, la nature a une
naturelle à l'exécuter. Cette tendance sera appréci
degré déjà assez avancé de flexion de la tête fœtale,
flexion se traduira par la situation de la fontanel
rieure dans un point rapproché du centre du bassin

L'application de forceps reste donc la méthode
toutes les fois que, par suite de la déflexion de la tê
et de son arrêt dans le diamètre transversal du b
marche du travail se trouvera enrayée. C'est enc
instrument que nous aurons recours lorsque nou
conduit à cause de l'état de souffrance de la mèr
tout de l'enfant, à pratiquer une intervention hâ
pareils cas ne sont pas très rares, puisque, sur 41
tions de forceps, faites à la Maternité de Lariboisi
relevons 13 interventions survenues moins de der
après la dilatation complète.

Il était intéressant de savoir si, dans ces cas d'
tion hâtive, il était possible de saisir la tête dans u
tion aussi favorable que celle qu'elle occupe au
d'élection. Or, 8 fois sur 13, l'examen du bulletin clini
a permis de préciser cette situation de la tête fœta
ces huit observations nous avons constaté que l'ap
de forceps avait été faite sur une tête transversalem

Nous avons recouru à un moyen détourné pour nous assurer que, pas une seule fois sur 41 applications faites pour des occipito-postérieures, l'occiput n'était demeuré en arrière, lors de l'intervention.

Nous savons que la règle classique, encore aujourd'hui enseignée dans les démonstrations obstétricales faites à l'École pratique de la Faculté de médecine, condamne les opérateurs, pour réduire une occipito-postérieure en occipito-pubienne, à une de ces deux alternatives :

a) Faire deux applications successives de forceps ; la première destinée à ramener l'occiput en variété transversale, la seconde ayant pour but de compléter la réduction.

b) Ramener au moyen d'une seule application l'occiput derrière la symphyse pubienne et dégager la tête, le forceps étant renversé sens dessus dessous.

Or, des indications qui nous ont été fournies d'après leurs notes par les opérateurs de la Maternité de Lariboisière, il résulte que, *pas une seule fois dans le cours de trois années pour ramener l'occiput derrière la symphyse pubienne, ils n'ont été obligés, soit de faire deux applications de forceps, soit de dégager la tête, l'instrument étant à l'envers.*

Il faut bien déduire de là que si, dans l'espace de trois années, un certain nombre d'applications de forceps ont été faites *pour* des occipito-postérieures, pas une seule fois le forceps n'a été appliqué *sur* une occipito-postérieure.

En d'autres termes, *l'instant de l'intervention étant arrivé, la main introduite dans la concavité sacrée pour guider la première cuiller du forceps a toujours constaté ou obtenu,* volens nolens, *consciemment ou inconsciemment, en tout cas sans aucun effort, la réduction de la variété postérieure en variété transversale, sinon en variété antérieure.*

Nous sommes, en effet, disposés à admettre que, dans certains cas exceptionnels, notamment quand l'application est prématurée, l'occiput pourra encore se trouver en rapport avec un point de la moitié postérieure du bassin, au moment où la main s'engagera dans le canal pelvi-génital ;

mais le point capital, celui sur lequel nous ne saurions trop insister, c'est que la seule introduction de cette main, formant coin, ramènera l'occiput en position transversale et cela sans qu'il soit nécessaire de recourir à aucune manœuvre spéciale. Par conséquent, *dès l'instant où on est décidé à intervenir pour une variété postérieure, il convient de considérer la tête comme étant en transversale et de se comporter en conséquence.*

Cette notion, à savoir l'arrêt de la tête défléchie dans le diamètre transversal du bassin a une portée opératoire qui ne peut échapper à personne.

Elle rend inutiles tous les préceptes plus ou moins mnémotechniques, si nombreux et si compliqués, spécialement édictés en vue des occipito-postérieures.

Nous savons aujourd'hui que pour faire une application de forceps qui ne soit nuisible ni à la mère, ni à l'enfant, il faut que la tête soit saisie régulièrement entre les cuillers de l'instrument.

Cela est toujours possible, quelle que soit l'orientation de la tête, même lorsqu'elle est en variété transversale et défléchie. Nous pouvons donc aujourd'hui résumer en une seule et unique loi, les règles qui doivent, dans tous les cas, présider au manuel opératoire :

Il faut introduire la main jusqu'au niveau de l'oreille postérieure, la laisser en place, et, avec l'autre main, introduire et placer la première cuiller en avant de cette oreille (dans la région préauriculaire). Cette cuiller, qu'elle soit à plat ou de champ, étant exactement maintenue dans cette situation par la main d'un aide, la seconde cuiller est alors placée en un point diamétralement opposé. (Professeur Pinard.)

Si, au moment l'on est conduit où à intervenir, l'occiput est en avant ou même derrière la symphyse pubienne, ce qui est rare, l'application de forceps est trop simple pour que nous ayons besoin d'insister.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, d'une variété transversale,

pour que la prise soit régulière, il faut qu'une cuiller soit directement en avant, l'autre directement en arrière. La possibilité d'une prise semblable est niée formellement par presque tous les auteurs. La plupart recommandent une prise irrégulière de la partie latérale de l'occiput à une des bosses frontales, et placent les cuillers à peu de chose près comme s'ils se trouvaient en présence d'une variété antérieure.

Voici le manuel opératoire que nous avons indiqué dans notre thèse inaugurale et qui permet d'obtenir, dans les variétés transversales, une prise parfaitement régulière, que la tête soit dans l'excavation ou au détroit inférieur.

Le forceps employé est le forceps Tarnier, muni du tracteur brisé.

La parturiente étant placée en position obstétricale et une injection vaginale au biiodure administrée, *il faut introduire dans la concavité sacrée une main tout entière*. Ceci est facile, sans donner le chloroforme, même chez une primipare, à la condition de procéder avec douceur et d'avoir une main tant soit peu faite pour les opérations d'obstétrique.

La première main introduite devra être la main antonyme du repère maternel de position, la main gauche si l'occiput est à droite ; la main droite, si l'occiput est à gauche.

Cette main introduite *complètement* ira à la recherche de l'oreille postérieure ; celle-ci sera plus ou moins élevée et rapprochée de la ligne médiane, suivant le degré de flexion de la tête.

Il y a tout avantage à essayer, à l'aide de la main inclinée latéralement vers l'occiput et exerçant à ce niveau une pression de haut en bas, à essayer de compléter cette flexion. Si, comme c'est la règle, on réussit, on sentira souvent l'occiput, en même temps qu'il descend, quitter le diamètre transversal pour gagner l'extrémité antérieure du diamètre oblique correspondant. L'application de forceps sera simplifiée d'autant. Il n'y a pas lieu de prolonger ou de multiplier

ces tentatives. L'essentiel est de bien délimiter l'oreille postérieure pour conduire à son niveau, avec l'autre main, la branche postérieure du forceps.

La cuiller doit couper obliquement l'oreille ; son extrémité la dépasser et s'avancer sur la joue jusqu'à l'apophyse malaire. Il faut éviter que la fenêtre de la cuiller encadre exactemeut le pavillon de l'oreille : dans ces conditions on tendrait à entraîner la tête incomplètement fléchie et à la forcer à présenter son diamètre occipito-frontal au lieu de sou diamètre sous occipito-frontal.

La direction à donner au manche sera variable suivant le degré de flexion de la tête obtenu ; le manche devra être d'autant plus incliné vers la cuisse correspondant à l'occiput, que la tête sera moins fléchie.

La première branche ainsi placée doit être solidement fixée par la main d'un aide. Tout déplacement ultérieur compromettrait le succès de l'opération.

Pour placer la seconde branche, la branche antérieure, il faut observer la règle formulée pour le placement de la première. Commencer par introduire la main antonyme du repère maternel de position.

Cette main va servir de guide à la cuiller. L'extrémité de celle-ci doit être poussée aussi en arrière que possible, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'elle rencontre la paroi postérieure du bassin. Alors seulement on commencera à abaisser le manche de cette branche, pendant que les doigts-guides, restant en contact avec le bord convexe de la cuiller, la conduisent peu à peu en haut puis en avant *jusqu'à ce que l'articulation se fasse sans difficulté.*

Si cette condition, qui exige souvent une ascension presque effrayante de la branche antérieure n'est pas remplie, on peut être assuré que la saisie de la tête est irrégulière : *le bec de la cuiller antérieure butte sur la bosse frontale.* Et quand, après une articulation pénible mais possible, on aura extrait la tête, il deviendra aisé de constater cette saisie irrégulière d'une bosse frontale à la partie latérale de

l'occiput : application fréquente qu'on pourrait appeler des débutants.

Si, au contraire, la première branche, bien placée, a été exactement maintenue dans sa position ; si la seconde branche, ramenée directement en avant et suffisamment enfoncée vient facilement s'emboîter dans la postérieure, la prise est sûrement régulière : le forceps se présente de champ, l'articulation regardant directement à droite ou à gauche.

La vis de pression étant modérément serrée — le forceps ne saurait déraper, si la prise est régulière, — on libère les branches de traction et on applique le tracteur brisé. Celui-ci permet de tirer suivant le plan médian du corps, malgré la situation de champ du forceps.

Il suffit alors de tirer, en se laissant guider par les branches. Tirer, sans tourner : les efforts de rotation sont d'autant moins permis qu'on est moins habile, moins sûr d'une prise parfaite.

D'ailleurs les premières tractions déterminent généralement la flexion complète de la tête, en même temps que sa rotation. On en est averti par le changement de direction des branches de l'instrument, dont l'articulation regarde bientôt directement en avant.

En cas de prise régulière, la fin de l'extraction n'offre rien de spécial à signaler ; si, au contraire, par suite de l'irrégularité de l'application, dans les derniers moments de l'extraction, le plat des branches appuie à faux sur les parties latérales de la vulve, il convient de redoubler de lenteur et de précaution pour achever le dégagement sans endommager les parties maternelles.

Les cuillers du forceps doivent être appliquées sur les régions pariéto-malaires. On s'en assurera, soit avant de désarticuler le forceps, soit immédiatement après, les empreintes laissées par les cuillers étant très légères et peu durables.

Exécutée d'après ces principes et avec le forceps Tarnier, cette opération est facile et satisfait entièrement l'esprit.

Prise régulière, plus solide que la prise oblique et surtout que la prise du front à l'occiput; application de forceps unique; direction normale des courbures des branches au moment de l'extraction; rotation facile et spontanée de la tête fœtale, sont des avantages qu'il suffit de signaler sans insister.

Bien que ne l'ayant jamais observé, nous devons supposer le cas où l'occiput ne pourrait être délogé, à l'aide de la main, de la position qu'il occupe au niveau d'une articulation sacro-iliaque. En pareille circonstance, si l'introduction de la première branche du forceps ne déterminait pas la rotation partielle de l'occiput en avant, il ne faudrait pas hésiter à la retirer pour faire une application régulière de forceps, la concavité des bords tournée vers la face. Il suffirait alors sans doute de tirer dans le sens indiqué par les branches pour voir se compléter la rotation de l'occiput en arrière. On dégagerait ensuite en O.S.

Cette manière de faire a l'approbation de Playfair, qui considère cette solution comme la plus scientifique et la plus raisonnable. Il pense en effet que si la rotation en avant ne se fait pas, la conclusion qui s'impose c'est que la tête est placée de telle façon que l'accouchement se terminera mieux face au pubis.

Quelle conduite tiendrons nous en présence d'une position occipito-sacrée directe ?

Nous pensons que si, du fait même de cette réduction anormale, le travail ne subit pas un temps d'arrêt, il sera indiqué de laisser à la nature le soin de dégager la tête, l'occiput restant en arrière. C'est le parti qui a été adopté dans les six observations que nous avons relatées plus haut, sans qu'il en soit résulté le moindre dommage ni pour la mère, ni pour l'enfant. L'accoucheur se bornera alors à exercer une surveillance attentive du côté du périnée.

D'ailleurs l'intervention, à supposer qu'elle devienne nécessaire, sera très simple. Si l'introduction de la main ou tout au moins de la première branche du forceps ne révèle pas

une tendance naturelle de l'occiput à tourner, soit à droite, soit à gauche, on fera une application régulière, la concavité des bords de l'instrument tournée vers la face, et on dégagera en O.S.

C'est là une opération qui, même chez une primipare, peut être menée à bonne fin, à la condition de procéder avec lenteur.

Mais nous sommes persuadés que les cas de dégagement en O.S. deviendront de plus en plus exceptionnels, dans des bassins normaux avec une tête fœtale normalement conformée, à mesure que les interventions manuelles intempestives deviendront elles-mêmes plus rares.

III

Les règles que nous venons de formuler ont présidé à toutes les applications de forceps faites dans le service du professeur Pinard pendant les années 1885, 1886, 1887. Voyons quels ont été les résultats opératoires au point de vue de la santé des mères et des enfants.

Sur quatre cents femmes ayant accouché d'enfants se présentant par le sommet en variété postérieure, trois cent quatre-vingt-dix-huit ont quitté l'hôpital parfaitement remises de leurs couches. Deux sont mortes. Dans les deux cas, l'accouchement avait été terminé à l'aide du forceps. Mais pas plus la position de la tête fœtale que l'instrument employé n'ont eu aucune part à ces désastres. Dans la première observation, la mort doit être mise sur le compte de l'éclampsie; dans la seconde, l'infection puerpérale, contractée en ville, doit être incriminée :

I. — Primipare de 21 ans, albuminurique; douze accès d'éclampsie, tant avant qu'après son entrée à l'hôpital. On manque de renseignements sur le début du travail, la parturiente étant dans le coma. L'enfant se présente en O.I.D.P. La dilatation étant complète, application du forceps sur la tête placée en O.I.D.T ; enfant mort-né, de sexe féminin, pesant 2600 grammes. Délivrance

naturelle, quinze minutes après l'accouchement ; mort de la mère le troisième jour (urémie).

II. — Primipare de 33 ans. Hémorrhagie au début du travail. Tamponnement avant l'entrée à l'hôpital. A son arrivée, présentation du sommet en O.I.D.T ; œdème considérable de la lèvre antérieure du col, constaté après enlèvement du tampon. Liquide amniotique verdâtre, fétide. Application de forceps, vingt-quatre heures après le début du travail sur la tête placée en O.I.D.T. Enfant mort-né, de sexe masculin, pesant 3280 grammes. Principaux diamètres de la tête fœtale : O.F. 11 1/2 ; O.M. 14 ; O.P. 9 ; O.T. 1/2 ; S.O.B. 10. Délivrance artificielle, une heure après l'accouchement. Malgré huit jours d'irrigation continue, développement d'un phlegmon pelvi-rectal supérieur. La femme passe en chirurgie, où elle meurt vingt-sept jours après l'accouchement.

Ces deux décès constituent, pour les 400 variétés postérieures, une mortalité totale de 0,50 0/0, chiffre à peu près équivalent à celui de 0,46 0/0 qui représente la mortalité totale observée pour 660 accouchements en variété antérieure.

Les trois décès relevés comparativement dans les occipito-antérieures devant être rapportés à la tuberculose pulmonaire, à la fièvre typhoïde, à une péritonite généralisée (consécutive à la rupture de la vésicule biliaire), nous sommes en droit d'avancer que sur 1060 accouchements par le sommet :

Du fait même de la variété de position — antérieure ou postérieure — ou de l'intervention (forceps), la mortalité doit être évaluée à 0.

Ajoutons que la *proportion des suites* de couches *physiologiques a été la même dans les variétés antérieures et postérieures.*

Quant aux enfants, en éliminant les macérés, ceux atteints de faiblesse congénitale et ayant succombé peu d'instants après leur naissance, ceux enfin morts dans les jours suivants, nous avons établi, que la mortalité pendant le travail a été de 2 0/0 dans les postérieures et de 0,76 0/0 dans

les antérieures. C'est là une légère différence à la charge des postérieures, différence qu'explique sans doute la durée un peu plus longue du travail dans certains cas. Bien entendu, d'ailleurs, qu'un simple retardement du travail ne peut devenir par lui-même une cause de mort et que des causes plus particulières et plus directes doivent être incriminées. Telles sont l'éclampsie, l'albuminurie, le décollement prématuré du placenta, la procidence du cordon, accidents notés dans plusieurs observations.

Nous sommes arrivé au but que nous nous sommes proposé, si, tout en fixant quelques données statistiques et cliniques et en déduisant quelques indications utiles pour la pratique nous avons su faire ressortir combien le pronostic des occipito-postérieures doit, en définitive, être tenu pour bénin.

Un écart de 1 0/0 dans la mortalité infantile, une proportion d'applications de forceps supérieure de 6 0/0 ; une durée un peu plus longue du travail, dans un certain nombre de cas seulement, ne semblent pas en effet constituer des différences assez tranchées entre les variétés postérieures et antérieures pour qu'on soit autorisé à opposer les unes aux autres et à déclarer les accouchements en occipito-postérieure dangereux, difficultueux, ou pénibles.

SALPINGO-OVARITE (1)

TRENTE-DEUX CAS DE SALPINGO-OVARITE TRAITÉS PAR LA LAPAROTOMIE

Par le Dr **Terrillon**, professeur agrégé, chirurgien de la Salpêtrière.

Je le répète en terminant, cette théorie est dangereuse et éloignerait du traitement chirurgical si elle était admise dans tous les cas.

(1) Voir *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, mai, juin 1889.

Il est encore un point intéressant qui nous reste à discuter.

Il s'agit de ces cas, dans lesquels la trompe paraît peu malade, mais dans lesquels elle est adhérente et fixée plus ou moins solidement par des parties fibreuses aux parties voisines. Dans deux faits de ce genre, obs. V et VI, je me suis contenté de libérer les adhérences dans l'espoir de voir cesser les douleurs, mais avec cette distinction toutefois que, chez une d'elles (obs. VI), j'ai enlevé seulement une des annexes, j'avais été entraîné à faire cette ablation, car l'ovaire, au moment où il fut détaché, s'était déchiré et saignait.

J'ai fait cette opération que j'appellerais volontiers *incomplète*, mais sans conviction et comme essai, afin de savoir ce que donnera dans l'avenir cette simple mobilisation des trompes et des ovaires. Jusqu'ici du reste le résultat semble parfait chez mes deux malades.

Il me reste à discuter la raison qui m'a décidé à ne pas faire l'ablation. Ce n'est pas parce que les trompes étaient saines que je les ai laissées, c'est parce qu'elles ne présentaient plus de lésions apparentes et que la maladie était guérie ou du moins n'avait laissé que les traces ordinaires. Pendant sa période d'activité cette inflammation de la trompe avait produit de la pelvi-péritonite et des adhérences, cause principale des douleurs et des tiraillements éprouvés par la malade, mais depuis cette époque, l'inflammation de la trompe s'était atténuée, avait cédé et n'avait laissé que des reliquats minimes dans son intérieur. Les adhérences qu'elle avait provoquées en développant autour d'elles de la pelvi-péritonite étaient au contraire persistantes.

La trompe jouait donc au moment actuel un rôle minime; son foyer inflammatoire était éteint; elle n'était plus nuisible, mais les adhérences qui l'entouraient étaient la cause des douleurs vives éprouvées par la malade. Rien de plus logique alors que de limiter l'opération à la destruction des adhérences causes de la douleur.

La confirmation de ce que j'avance consiste dans ce fait que, dans toutes les salpingites catarrhales simples que j'ai enlevées, alors qu'à l'œil nu la trompe semblait saine, on la trouvait malade histologiquement avec épaississement de la muqueuse et de la tunique musculaire.

En résumé je crois que des salpingites catharrales simples, bénignes, peuvent guérir et ne laisser sur les organes que des traces histologiques faibles, mais si elles ont provoqué la formation d'adhérences celles-ci seront la cause de douleurs et de tiraillements qu'il sera bon de détruire pour donner le repos et la santé à la malade.

Un dernier point sur lequel je désire insister, c'est que l'ovaire n'est pas toujours malade, malgré l'affirmation de quelques auteurs. Il est vrai que presque toujours il contient des kystes, plus ou moins volumineux, qui sont un des signes de cette altération secondaire.

Mais ces cavités kystiques ne sont le plus souvent que des vésicules de de Graaf, anormalement distendues, et qui n'ont pu fournir leur carrière ordinaire. Il est probable que l'altération superficielle de l'ovaire recouvert de fausses membranes, en le rendant adhérent aux parties voisines et accolé à la trompe malade, doit empêcher le fonctionnement normal de cet organe.

La déhiscence des ovules après rupture des vésicules ne pouvant se faire, les cavités s'agrandissent, se remplissent de sang et forment ainsi des pseudo-kystes qui trompent et font croire à une lésion pathologique.

Ce fait a été énoncé d'une façon spéciale par MM. Cornil et par moi, dans notre mémoire paru dans les Archives de physiologie.

« On trouve constamment sur les coupes des cavités qui répondent aux follicules de de Graaf ; ceux-ci sont remplis de sang ou de sérosité. »

Enfin nous ajoutons : On peut donc dire d'une façon générale, que les lésions des ovaires sont moins marquées, moins

caractéristiques que celles de la trompe et qu'elles sont consécutives à la salpingite et à la pelvi-péritonite.

Je ne veux pas dire que dans quelques cas l'ovaire ne participe pas à la maladie de la trompe, par exemple dans la pyo-salpingite. Les abcès qu'on trouve quelquefois dans son intérieur le prouvent d'une façon manifeste.

Ma conclusion est donc celle-ci : l'ovaire n'est le plus souvent malade que superficiellement et secondairement à la maladie de la trompe et même plus spécialement par le fait de la pelvi-péritonite qui a envahi sa surface et gêne son fonctionnement normal. L'atrophie finale de l'organe semble être le terme ordinaire de ces lésions superficielles, ainsi que le montre l'étude des anciennes salpingo-ovarites.

Il est probable que dans les phénomènes douloureux accusés par les malades l'ovaire joue un rôle secondaire et que la trompe et les adhérences qui l'entourent en sont la cause principale.

Telle est, esquissée d'une façon générale, mon opinion sur ce sujet ; tous les cas que j'ai vus, toutes les recherches que j'ai faites ne me laissent aucun doute sur cette notion de pathogénie qui, comme vous le voyez, est riche en déductions et nous conduit à la chirurgie moderne, laquelle consiste à enlever les organes malades, cause des accidents.

Je ferai remarquer enfin, que je mets en dehors du débat les cas *d'infection puerpérale immédiate*, car ceux-ci produisent des désordres différents et souvent complexes. Ici en effet, il faut distinguer deux facteurs ; d'une part, une large plaie utérine qui peut être infectée au même titre qu'une plaie d'amputation et donner lieu à des phénomènes d'empoisonnement généraux extrêmement graves ; d'autre part, une inflammation primitive ou tardive de la cavité utérine qui peut se propager aux trompes et de là au péritoine et produire des désordres à peu près semblables aux salpingites purulentes d'origine blennorrhagique ou autre. Ces lésions de la trompe et de l'ovaire peuvent ne produire que des accidents locaux

et sont susceptibles d'être enlevées par le chirurgien, soit hâtivement, soit tardivement. Elles rentrent donc dans la loi générale.

Un dernier mot en terminant. La fameuse discussion toujours renaissante à propos du phlegmon du ligament large et qui a beaucoup passionné les gynécologistes me semble simple et facile à élucider.

Le tissu cellulaire du ligament large, celui qui entoure le col de l'utérus et les autres organes du bassin s'enflamme souvent secondairement, s'œdématie, se gonfle, comme cela arrive pour le tissu cellulaire qui entoure l'épididyme et qui occupe le scrotum. Mais ce phlegmon est le résultat de l'inflammation primitive des organes qui l'entourent, c'est-à-dire de la trompe ou salpinx, au même titre que l'épididymite est la cause primitive de l'induration inflammatoire du scrotum. Quant à la suppuration du ligament large, elle est extrêmement rare ; je puis affirmer que les abcès du bassin, que j'ai ouverts et enlevés jusqu'à ce jour en assez grand nombre, étaient tous situés dans la trompe ou dans des cavités artificielles environnantes et formées par des adhérences péritonéales ; il s'agissait alors d'une pelvi-péritonite suppurée.

Tous les chirurgiens modernes ont fait la même remarque ; cependant il n'est pas impossible qu'une suppuration s'établisse dans ce tissu enflammé, mais, loin d'être la règle comme on a voulu le dire, c'est là une exception extrêmement rare ; elle ne constituerait qu'un fait secondaire à la suppuration primitive de la trompe.

III

La troisième partie de mon travail est relative à certains faits de pratique qui méritent d'être discutés.

Je me permettrai d'abord de ne pas être d'accord avec certains chirurgiens et je proteste contre l'opinion de ceux qui pensent qu'on doit proposer la laparotomie et l'ablation des annexes à toute femme qui présente deux petites masses

douloureuses de chaque côté de l'utérus. Cette proposition ainsi formulée me semble excessive, et cela pour deux raisons.

La première est que certaines malades atteintes de cette affection, seulement depuis quelques mois, peuvent être améliorées et même guéries. Tous les auteurs en ont cité des exemples et nombre de gynécologistes ont la prétention de débarrasser les malades de cette affection, au moins dans une certaine proportion.

J'ai déjà pour mon compte vu trois malades, chez lesquelles les lésions bien et dûment diagnostiquées, mais peu anciennes et peu douloureuses, paraissent avoir cédé aux soins médicaux. Je parle surtout de certaines salpingites succédant à des fausses couches, ou même à la blennorrhagie. Ordinairement il s'agit de la *salpingite catarrhale.*

Aussi, je me suis donné comme règle générale, de ne proposer l'intervention chirurgicale qu'aux femmes qui souffrent depuis longtemps, plusieurs mois ou plusieurs années ; chez lesquelles la maladie semble invétérée et provoque des troubles généraux sérieux. J'insiste surtout dans le cas où la salpingite a donné lieu à des poussées de pelvi-péritonite répétées, car les rechutes sont fréquentes et dangereuses, ainsi que j'en ai cité des exemples. Il va sans dire que toute salpingite suppurée, quand on peut la diagnostiquer, doit être traitée autant que possible chirurgicalement.

Enfin, pour les salpingites simples, on peut tenir compte aussi de la position sociale de la malade ; il en est de cette maladie, non toujours mortelle, comme de certains fibromes douloureux qui peuvent être supportés sans trop de difficultés par des femmes de la bourgeoisie, mais deviennent une cause permanente de douleurs et de maladies chez les femmes du peuple.

Je pourrais à ce sujet, vous signaler une petite statistique qui m'est personnelle. J'ai fait le relevé assez exact des malades chez lesquelles j'ai diagnostiqué, avec autant de précision que possible, des salpingites ordinairement doubles;

elles sont au nombre de six. Chez vingt-huit de ces malades j'ai déconseillé l'opération au moins actuellement. J'en ai opéré trente-deux, et les autres, au nombre de seize, auxquelles j'ai proposé l'opération avec plus ou moins d'insistance, ne l'ont pas acceptée ; mais elles viendront probablement la demander dans quelque temps. Telle est ma ligne de conduite clairement indiquée par ce résumé de mes examens spéciaux ; je n'ai aucune raison pour m'en départir jusqu'à présent.

Une seconde objection beaucoup plus sérieuse peut être faite à la conclusion de ceux qui veulent opérer toujours dans le début. Elle est relative à la gravité de l'opération et à la mortalité : Déjà on a signalé quelques cas de mort. Or proposer une telle opération et dans de semblables conditions à toute femme atteinte de salpingite, à quelque degré qu'elle soit, me semble exagéré. Je suis moins radical, et cependant ma statistique opératoire est certainement plus encourageante. J'ai opéré trente-deux salpingites et je n'ai eu qu'une mort ; c'était une salpingite suppurée dont je vous ai déjà parlé et dont l'ablation fut particulièrement difficile et que j'aurais dû me contenter de drainer.

En résumé, il s'agit toujours d'une opération grave, surtout lorsque les lésions sont anciennes et étendues, et je ne la conseillerai que dans les cas bien nets et bien déterminés, dans lesquels elle me semble absolument nécessaire.

Manuel opératoire. — Je ne m'étendrai pas sur le manuel opératoire, qui est bien connu actuellement et qui consiste à enlever autant que possible les parties malades et à détruire les adhérences péritonéales. Je ne veux parler que d'un point de pratique spéciale qui mérite de nous arrêter un instant.

Après la ligature placée sur la corne utérine, c'est-à-dire sur la partie qui unit l'utérus aux annexes malades, je pratique la section avec le thermocautère.

L'emploi du fer rouge a été recommandé par la plupart des chirurgiens étrangers et je l'emploie moi-même presque toujours.

Mais il s'agit de savoir dans quel but ce mode de section est employé et quels sont ici ses avantages.

Pour moi le fer rouge présente l'immense avantage suivant : c'est de détruire toutes les matières nuisibles contenues dans la cavité de la trompe, pus ou débris caséeux, qui peuvent tomber dans le péritoine au moment de l'ouverture de la trompe. Avec lui on peut cautériser profondément non seulement la surface du moignon, mais aussi, et j'insiste sur ce détail, la lumière du canal de la trompe dont il reste toujours un petit fragment au delà de la ligature.

Cette pratique me semble absolument indispensable dans le cas de salpingite purulente ou puriforme. Il est facile de comprendre que cette petite portion de la trompe située en dehors de la ligature et qui se trouve directement en rapport avec la cavité péritonéale, doit provoquer des accidents soit primitifs, soit tardifs.

Je crois être certain qu'une de mes malades a eu quelques accidents, parce que j'avais négligé chez elle cette précaution.

Quant à admettre que cette cautérisation du moignon a pour effet de le gonfler et d'empêcher ainsi la ligature de s'échapper, cela me semble absolument inadmissible, car cette cautérisation légère ne produit aucun gonflement appréciable à l'extrémité du moignon.

Dans un cas, malgré l'application d'une ligature très serrée avec cautérisation du moignon au thermocautère, j'ai vu survenir, au moment de la rentrée du pédicule, une hémorrhagie qui fut heureusement arrêtée par une ligature supplémentaire. Aussi je n'hésite pas, dans tous les cas, à faire sur le pédicule non seulement la ligature double en chaîne, devenue classique ou le nœud recommandé par Lawson Tait, mais à consolider celle-ci par une ligature simple et totale superposée.

Cette pratique, recommandée déjà par plusieurs chirurgiens, est particulièrement utile lorsque le pédicule est étalé, ligamenteux et assez large.

Quant au drainage précédé du lavage du bassin, je l'emploie hardiment dans tous les cas compliqués avec une décortication très étendue. Je l'ai pratiqué quatorze fois et sans avoir eu lieu de m'en repentir.

Il me resterait encore à étudier un dernier chapitre, et certainement le plus important. Je veux parler des résultats éloignés de l'opération.

Résultats éloignés. — Je voudrais pouvoir donner un tableau complet de mes malades, dire ce qu'elles sont devenues, quelles sont celles qui ont été soulagées immédiatement et celles qui ont vu leur guérison retardée pendant plusieurs mois. C'est bien là la question la plus intéressante qui resterait à discuter. Elle a été en grande partie ébauchée par les chirurgiens étrangers, je parle de ceux qui ont publié des statistiques tardives. En France, on a signalé surtout les succès opératoires ; mais, dans la plupart des communications, on n'a pas insisté sur les suites éloignées. Malheureusement la plupart des cas que j'ai opérés sont encore trop récents, et il me serait impossible de vous donner un tableau d'ensemble sur les résultats éloignés de mes trente-deux opérations.

Je préfère donc attendre encore quelques mois, et ce n'est qu'à ce moment que je pourrai donner des détails réellement importants (1).

En terminant je dirai quelle est mon impression générale.

Toutes les salpingites simples, catarrhales ou hémorrhagiques, quel que soit leur volume, lorsqu'on peut les enlever en totalité, donnent des résultats immédiats ou tardifs, excellents, et ne laissent pour ainsi dire aucune trace après l'opération chirurgicale.

Pour les salpingites purulentes, surtout quand elles sont anciennes, les résultats sont moins rapides et la guérison définitive souvent tardive.

---

(1) Ces résultats ont été donnés à l'Académie de médecine, séance du 28 mai 1889.

REVUE CLINIQUE

DEUX KYSTES PROFONDS DU VAGIN

DÉVELOPPÉS AUX DÉPENS DES CANAUX DE GÄRTNER. GUÉRISON

Par M. **J. Reboul**, interne des hôpitaux.

OBSERVATION. — E..., Sophie, cuisinière, âgée de 40 ans, entre le 8 avril 1889, à l'hôpital Beaujon, salle Laugier, nº 7, service de M. le Dr L. Labbé.

A 20 ans, lors de son mariage, le mari de la malade lui fit remarquer la présence de deux petites tumeurs siégeant sur les parois antérieure et postérieure du vagin. E...., Sophie, ne connaissait pas l'existence de ces tumeurs et n'en avait éprouvé la moindre gêne.

Une grossesse étant survenue, la malade remarqua après l'accouchement que ces tumeurs avaient augmenté de volume, mais ne déterminaient aucun symptôme fonctionnel.

A l'âge de 35 ans, nouvel accouchement. Les tumeurs augmentent beaucoup à la suite et depuis cette époque déterminent de la gêne, sont le siège de douleurs irradiées dans le bas-ventre, la miction exige parfois des efforts, enfin la malade se trouve plus nerveuse qu'autrefois.

En présence de ces phénomènes, la malade voit plusieurs médecins : l'un la soigne pour des ulcérations du col et lui fait des cautérisations, un autre découvre un kyste sur la paroi antérieure du vagin et prescrit des injections, enfin, un dernier reconnaît deux kystes, l'un siégeant sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure.

C'est alors que la malade vient à l'hôpital et demande à être débarrassée de ces kystes.

A son entrée à l'hôpital, l'examen direct est fait avec le spéculum de Sims ou de Neugebauer, combiné aux touchers rectal et vaginal et au cathétérisme vésical et uréthral. A première vue et en écartant légèrement en dehors, l'orifice vulvaire, on voit deux saillies arrondies, l'une en avant, immédiatement sous le tubercule antérieur du vagin, l'autre en arrière plus volumineuse,

reçue dans une espèce de croissant formé par la paroi vaginale postérieure qui fait une légère saillie en avant.

En pratiquant le toucher vaginal, on sent nettement deux tumeurs, l'une située sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure. La tumeur antérieure, manifestement kystique, sessile, est située à deux ou trois centimètres de l'orifice vulvaire, peu mobile, se prolongeant nettement en arrière et en haut, entre l'urèthre et la paroi vaginale qui glisse sur elle. Lorsqu'on saisit ce kyste entre deux doigts et qu'on l'attire vers la vulve, il prend une coloration bleuâtre ; la pression ne fait pas diminuer son volume, il n'est pas réductible, le liquide qu'il contient ne s'écoule pas par l'urèthre.

Au niveau du kyste, la muqueuse vaginale n'est pas altérée.

Le doigt cheminant sur la paroi vaginale postérieure et d'avant en arrière, perçoit d'abord une tumeur molle réductible, une rectocèle, et en arrière un kyste. En combinant le toucher rectal au toucher vaginal, on sent nettement que la tumeur la plus inférieure est bien une rectocèle, le doigt rectal pénètre dans cette dépression et n'est séparé du doigt vaginal que par l'épaisseur des deux parois. Si en combinant toujours les deux touchers, on explore la partie supérieure de la cloison recto-vaginale, on sent que les deux doigts sont séparés, immédiatement en arrière de la rectocèle, par une tumeur ovalaire, manifestement kystique, que l'on peut refouler un peu en haut et qui se continue vers le cul-de-sac recto-vaginal par une masse lobulée, puis par un cordon noueux que le doigt vaginal sent encore au tiers supérieur de la paroi vaginale postérieure.

Lorsqu'on pratique le toucher vaginal seul, le kyste postérieur fuit vers la partie supérieure et l'exploration de cette tumeur devient difficile. Par l'examen direct avec le spéculum de Sims ou une valve de Neugebauer, on constate la rectocèle peu prononcée d'ailleurs, mais simulant assez bien un kyste, puis en arrière le kyste proprement dit, soulevant la paroi vaginale qui glisse facilement au devant de lui et ne présente aucune altération ; en le ramenant en avant et en augmentant par la pression, la tension du liquide contenu, il prend une teinte bleuâtre. Il n'est pas du tout réductible, mais fuit seulement sous le doigt explorateur.

Diagnostic : Kystes profonds du vagin.

M. le Dr Labbé pense que ces kystes ont des prolongements pro-

fonds soit dans la cloison vésico-vaginale, soit dans les ligaments larges.

Le kyste antérieur a le volume d'une noisette et le postérieur celui d'une noix.

Opération, le 30 avril. — La malade étant endormie dans la position ordinaire de l'examen au spéculum, les parois vaginales étant maintenues écartées par des valves et après lavages antiseptiques du vagin, M. le Dr Labbé fait une incision antéro-postérieure de 3 centimètres environ sur le kyste antérieur ; la muqueuse vaginale incisée, on voit que le kyste est situé au-dessous de cette paroi et se prolonge en arrière et en haut dans la cloison uréthro-vésico-vaginale. Le kyste libéré jusqu'au niveau de son pédicule est excisé, la libération du pédicule est poursuivie ensuite dans l'étendue d'environ un centimètre, et une ligature au catgut est placée à sa base.

Kyste postérieur. — Incision antéro-postérieure de 3 centim. environ sur la partie saillante du kyste. La paroi vaginale postérieure incisée, le kyste apparaît mobile et libre dans la cloison recto-vaginale, il se continue par une masse lobulée, puis par un pédicule. La dissection du kyste et surtout de son pédicule est difficile : ce prolongement remontant très haut dans la cloison recto-vaginale un peu à droite, il est nécessaire d'augmenter en arrière l'incision de la paroi vaginale. Après avoir poursuivi la dissection du pédicule jusqu'à la partie supérieure du vagin, M. le Dr Labbé, craignant d'intéresser le cul-de-sac recto-vaginal du péritoine, fait une ligature au catgut sur la partie supérieure du pédicule, qui d'ailleurs à ce niveau est fort réduit.

Après irrigation vaginale avec la solution de sublimé au 1/1000, et ligatures au catgut de quelques vaisseaux, un drain est placé dans chaque cavité opératoire. Sutures des parois vaginales au crin de cheval. Pansement au salol : poudre, gaze, ouate.

Occlusion du vagin avec une lame de protective. Immobilisation et rapprochement des membres inférieurs.

4 mai. On enlève les drains, réunion avancée. Même pansement.

Le 12. On enlève les points de suture. Réunion absolue. Même pansement.

Le 25. La malade sort de l'hôpital. Guérison complète.

Examen des kystes. *Kyste antérieur.* — La tumeur qui

forme le kyste antérieur est formée de deux parties : une grande poche kystique dont la paroi a de 1 à 2 millim. environ d'épaisseur. Sa surface interne est blanchâtre, lisse ; il contient un liquide visqueux, homogène, de couleur café au lait foncé. Le kyte se continue par un pédicule épais, irrégulier, et paraissant contenir de petits kystes. Nous n'avons pu examiner qu'un lambeau de la paroi du kyste, le reste de la tumeur antérieure ayant été égaré. Le lambeau de la paroi a été divisé en 2 parties : l'une a été traitée par l'alcool, l'autre par la liqueur de Müller, puis colorées par le picro-carmin et l'hématoxyline. La paroi est formée de deux couches très nettes : en dehors une couche de tissu conjonctif fasciculé, renfermant des vaisseaux nombreux et des fibres musculaires lisses, accolées par places concentriquement ; la couche interne est formée par un épithélium à cellules cylindriques, sans cils vibratiles, le noyau de ces cellules est volumineux et granuleux. Dans la cavité du kyste, en contact avec l'épithélium, des débris de cellules et de gros corps granuleux et arrondis.

Kyste postérieur. — La tumeur qui formait le kyste postérieur, ressemble au kyste antérieur, mais est beaucoup plus développée. Elle est constituée par trois parties : un grand kyste (celui que l'on voyait et sentait avant l'opération), une masse fibro-kystique la prolongeant en haut et en arrière et l'unissant à un pédicule fibreux.

La tumeur a été examinée par les mêmes procédés de fixation et de coloration que pour le kyste antérieur.

Le grand kyste contenait environ 15 gr. d'un liquide visqueux, homogène, de couleur chocolat.

La paroi est épaisse, blanchâtre et constituée par des fibres conjonctives, des vaisseaux, des fibres musculaires lisses et quelques traînées cellulaires dans les points rapprochés du reste de la tumeur. L'épithélium qui revêt la face interne du kyste est formé de cellules cylindriques à gros noyaux. Par places on voit l'épithélium former des culs-de-sac plus ou moins prononcés, comme cela se voit sur certains kystes de l'ovaire. Tel est l'aspect sur des coupes. Dans les préparations faites après raclage de la face interne du kyste, on voit une véritable mosaïque formée par des cellules épithéliales allongées et dont le noyau apparaît plus nettement. Ces cellules cylindriques n'ont ni plateau, ni cils vibratiles.

La masse fibro-kystique a été examinée sur des coupes : elle est formée de gros faisceaux conjonctifs contenant des fibres muscu-

laires lisses, parfois disposées sous forme de lames et des vaisseaux, et limitant des cavités irrégulières tapissées par un épithélium à cellules cylindriques ou cubiques.

Le pédicule est formé surtout de faisceaux conjonctifs, de fibres musculaires lisses, de vaisseaux et de rares cavités à peu près rectilignes tapissées par un épithélium à petites cellules rondes ou cubiques.

Ces deux kystes profonds du vagin nous paraissent devoir être rangés parmi les kystes développés aux dépens des canaux de Gärtner. Leur mode de développement, leur disposition anatomique, leur structure, confirment cette hypothèse pathogénique. Ces 2 kystes ont apparu avant toute grossesse et sans traumatisme antérieur. Le kyste de la paroi antérieure était situé dans la cloison vésico-vaginale et se dirigeait un peu obliquement en haut, en arrière et à gauche. Le kyste postérieur faisant saillie dans le vagin, présentait un long pédicule, en partie kystique, qui se prolongeait obliquement en haut, en arrière et à droite vers le ligament large. Ces deux kystes offraient une structure analogue : les deux grandes cavités sont tapissées par un épithélium cylindrique sur une ou deux couches ; les petites cavités ont un épithélium semblable ou cubique. Au-dessous de l'épithélium, des fibres conjonctives et des fibres musculaires lisses. La situation du kyste postérieur dans la cloison recto-vaginale ne nous paraît pas devoir être une objection pour admettre son origine dans les canaux de Gärtner, ils se dirigent vers le ligament large droit, son existence a été constatée en même temps que celle du kyste antérieur, enfin sa structure est identique.

Il ne nous paraît pas possible d'admettre pour ces deux kystes une autre origine que celle que nous indiquons. Les hypothèses d'après lesquelles les kystes du vagin auraient une origine glandulaire, lymphatique, seraient consécutifs à des hygromas, des contusions, ne peuvent nous satisfaire. Aucune de ces causes ne peut expliquer la situation, la disposition anatomique et la structure des kystes que nous

avons observés ; tandis que leur développement aux dépens des débris des canaux de Gärtner nous paraît être l'origine la plus probable et qui puisse expliquer les particularités que présentaient ces deux kystes profonds.

Au point de vue de l'intervention, ces kystes profonds sont intéressants. Leurs prolongements dans les cloisons vésico-vaginale ou recto-vaginale, compliquent singulièrement l'opération et l'on peut être conduit par la dissection nécessaire de leur pédicule à se rapprocher des culs-de-sacs péritonéaux.

Aussi, c'est avec la plus grande prudence, croyons-nous, que l'on doit procéder à l'isolement de la tumeur et de son pédicule. De plus une antisepsie rigoureuse doit précéder, accompagner et suivre l'opération. La tumeur enlevée, il reste une cavité anfractueuse profonde, dont les parois sont très vasculaires, et qui peut facilement s'infecter. Enfin un tamponnement vaginal avec des substances antiseptiques, est indispensable pour empêcher la stagnation de la sérosité ou du sang dans la cavité opératoire. Le drainage sera une mesure de simple prudence. Ces moyens ont été employés dans ce cas de doubles kystes profonds, les suites opératoires ont été parfaites et la guérison a été rapidement complète.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

TROISIÈME CONGRÈS, TENU A FRIBOURG, PAR LA SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ALLEMANDE

Du 12 *au* 14 *juin* 1889.

KALTENBACH (Halle). **Sur la question de l'auto-infection.** — Les affections puerpérales sont en relation étiologique intime avec les micro-organismes. Ceux-ci agissent de deux façons, *a*) par voie directe (*infection*) ; *b*) par voie indirecte, c'est-à-dire par les substances chimiques qu'ils mettent en liberté (*intoxication*). Mais, il

existe deux variétés de l'infection, et la plus importante est d'origine extérieure (*I. hétérogène ou I. par contact*) ; ses sources les plus typiques sont : cadavres, plaies septiques, lochies d'accouchées malades. L'autre variété a son foyer d'origine dans l'organisme lui-même, déjà malade, c'est l'*auto-infection* de Semmelweis. Quand on eut démontré la présence dans le canal génital de femmes saines de nombreux micro-organismes, la question de l'auto-infection se trouva dans son vrai jour. Or, depuis longtemps, l'auteur, fort de l'observation des faits cliniques, avait soutenu, opinion expérimentalement confirmée à l'heure actuelle par Winter et Döderlein (1), que la *cavité utérine chez les femmes saines doit être dépourvue de micro-organismes*, d'où la définition de l'auto-infection : *c'est un processus dans lequel les micro-organismes existant déjà avant l'accouchement dans le canal génital, entrent en jeu.* On a tort de vouloir faire une distinction en *a*) germes *pathogènes* et en *b*) germes *non pathogènes ;* car, on retrouve les mêmes organismes dans les affections puerpérales les plus bénignes et les plus graves. Au streptococcus, il convient sans doute d'accorder une importance et une attention toute spéciale. Mais, c'est dans les cas les plus graves de l'infection puerpérale qu'on le rencontre, et ces cas reconnaissent une origine extérieure. Au contraire, les faits d'auto-infection sont de nature plus bénigne, et ils s'expliquent facilement par ces agents de la suppuration et de la putréfaction trouvés dans les produits de sécrétion. Mais, tandis que l'action de l'agent de la putréfaction s'explique aisément, celle de l'agent de la suppuration est plus obscure. Kaltenbach rappelle les tentatives infructueuses d'inoculation faites par Winter (2) avec des cultures pures de staphylococcus recueillis dans les sécrétions du vagin ; et il émet l'avis qu'un certain degré de putréfaction doit devancer l'action intensive de l'agent de la suppuration. Quant au rôle que jouent dans l'auto-infection des germes peut-être primitivement pathogènes, on ne sait rien de spécial si ce n'est, qu'en ce qui concerne les gonococcus, ces micro-organismes peuvent être nocifs et pour la mère et pour l'enfant (paramétrite ; ophthalmie des nouveau-nés).

Kaltenbach tient pour vraisemblable que les streptocoques de

---

(1) Vid. in *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1888, août, p. 151 ; octobre, p. 303.

(2) *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XIV. Hft, 2, p. 442.

l'érysipèle et de la septicémie, peuvent, bien longtemps avant l'accouchement, se trouver dans le vagin, mais qu'ils ne révèlent leurs qualités pathogènes qu'après la production de lésions puerpérales.

Un grand nombre de cas d'auto-infection sont la conséquence du transport dans la cavité utérine, auparavant libre de germes, de sécrétions du vagin contenant des micro-organismes (doigt explorateur, manœuvres intra-utérines, au niveau du placenta, etc.). De même les traumatismes (explorations, interventions violentes) exercent une influence très fâcheuse. On en peut dire autant de l'écoulement prématuré des eaux, de la longueur du travail, du tamponnement du vagin, même au cas où il est pratiqué avec des substances antiseptiques, de la rétention de débris de membranes, de portions du placenta, de caillots sanguins, etc.

L'auteur croit que la péritonite, consécutive à l'auto-infection, ne peut se développer que par propagation à travers la trompe ; et que, comparativement à la péritonite qui s'installe par voie lymphatique, elle mérite une place spéciale sous le double point de vue de l'évolution et du pronostic ; elle aboutit à des exsudats enkystés dans l'espace de Douglas et en général se termine par la guérison après ouverture spontanée ou artificielle. Comme dernière forme de l'auto-intoxication, l'auteur signale les affections dues au contact des lochies avec des plaies de nouveau ouvertes ou récentes (suture secondaire du périnée, cystite provoquée par le cathétérisme).

Déductions pratiques : *débarrasser le canal génital de tous germes, serait évidemment le mieux.* Mais, ce *desideratum*, ainsi qu'il a été démontré par Steffeck et Döderlein est difficilement réalisable. D'ailleurs, cela n'est point nécessaire : *le simple lavage prophylactique du vagin suffit.* Depuis l'été de 1883, K. fait faire ces lavages, et avec une solution de sublimé de 1 : 1000-3000. Un lavage est fait avant tout examen, et, quand il s'agit d'un accouchement prolongé, on répète plus souvent ces lavages, avec des moyens désinfectants plus faibles. Sur 1500 accouchements, il n'y eut que 3 affections puerpérales graves, dont deux terminées par la mort. Dans ces 3 cas, on eut affaire à des infections hétérogènes, dont la cause put être nettement déterminée. Quant aux élévations de la température au-dessus de 38°, indépendantes de toute affection intercurrente, on les observa, durant les 2 dernières années, dans la proportion de 10-13 p. 0/0, et, suivant

l'auteur, elles doivent être rapportées à des infections très légères d'origine extérieure ou produites par les lochies.

En résumé, l'usage des lavages prophylactiques est basé sur cette simple notion : *il faut désinfecter le vagin.* Le médecin doit savoir que, même avec des mains et des instruments parfaitement propres, il peut, à défaut de cette précaution, provoquer des affections sérieuses.

FEHLING (Bâle). **De l'auto-infection.** — Ce terme « *auto-infection* » est malheureux ! Kaltenbach paraît lui conserver sa signification primitive, à savoir, *que les micro-organismes se trouvent déjà dans le canal génital avant l'accouchement,* sans toutefois tirer de cette manière de voir des conclusions aussi extrêmes qu'Ahlfeld, d'après lequel l'auto-infection déterminerait des maladies aussi graves, et même des cas de mort, comme on en observe après l'infection par contact. Après un résumé rétrospectif des recherches expérimentales relatives à la question, et entre lesquelles il cite celles de Mayrofer, Goüner, Winter, Döderlein, Bumm, et les siennes propres, Fehling émet l'opinion qu'*il peut exister dans les sécrétions du col et du vagin des coccus, qui sont assez semblables aux staphylococcus et aux streptococcus, mais qui ne causent aucune sorte d'infection.* Pour lui, il pense que les cas de soi-disant auto-infection sont de nature bénigne, et il rappelle les 427 cas communiqués par Léopold, cas relatifs à des femmes qui n'avaient été soumises ni à des examens externes ni internes, et dont on n'avait pas cherché à désinfecter les voies génitales. Or, chez ces femmes, la morbidité s'était abaissée à 1,6 p. 0/0 tandis qu'auparavant elle atteignait 21 p. 0/0.

L'auteur pense que les germes pénètrent dans l'organisme soit déjà avant l'accouchement, soit seulement après. Il n'est pas juste d'accorder à l'air toute l'importance en tant que vecteur des agents de l'infection (recherches de Bergmann). Deux mois après avoir pris la direction de la clinique de Bâle, il fit cesser l'usage des lavages vaginaux, tout en maintenant l'observation des autres précautions prises jusqu'alors, et il permit fréquemment l'examen des femmes. Or, la morbidité antérieure, qui était de 33 p. 0/0 tomba au bout de six mois à 20 p. 0/0, puis à 16 p. 0/0. En résumé, Fehling accorde qu'*il se rencontre des faits d'auto-infection, mais qu'ils sont de nature bénigne.* Il insiste pour qu'on proscrive ce terme « d'*auto-infection* » et pour qu'on adopte de pré-

férence les dénominations d'*infection directe* et *indirecte*, ou *hétérogène* et *endogène*.

Bumm (Würzbourg). **Étiologie de la paramétrite.** — On admet, en général, quant à leur nature, deux espèces de paramétrite : a) l'*infectieuse*, b) la *non infectieuse*. La démonstration de la nature infectieuse de l'affection est basée sur la constatation de staphylococcus et de streptococcus. Mais, il est plus difficile d'apprécier la véritable nature de certains cas, dans lesquels on voit, au milieu de phénomènes pyrétiques élevés, des exsudats se produire, exsudats qui plus tard sont résorbés. Pour résoudre la difficulté, l'auteur a imaginé de prendre, après ponction vaginale, à l'aide d'une longue seringue, un peu de la substance de l'exsudat. Puis il examine la substance recueillie. Or, dans deux cas, il ne découvrit aucun micro-organisme pathogène, mais il attribua ce résultat négatif, à l'ancienneté trop grande de l'exsudat. Par contre, dans 3 autres cas, où la prise de substance fut plus hâtive, il réussit toujours à constater des micro-organismes. En résumé, de ses recherches cliniques et de ses expériences sur les animaux, il est conduit à penser qu'*il n' y a pas de paramétrite non infectieuse*. Tout exsudat implique une infection.

Contrairement à l'opinion formulée par Kaltenbach, il croit que les organismes pathogènes et non pathogènes se distinguent les uns des autres par des caractères assez nets. Les streptococcus, selon lui, ne se trouvent pas dans les sécrétions normales du vagin et du col ; et toutes les infections par streptococcus doivent avoir une origine extérieure. Enfin, il est enclin à nier la présence du staphylococcus *aureus* dans les sécrétions normales du vagin.

Léopold (Dresde). **Des suites de couches chez les parturientes n'ayant subi ni examen interne, ni des lavages, et de l'auto-infection.** — Déjà depuis longtemps, l'auteur avait remarqué que *les femmes qui n'étaient pas examinées avaient les suites de couches les meilleures*. Sur un ensemble de 200-300 cas, la morbidité s'élevait au plus de 1-2 0/0. En 1885, Léopold institua l'usage des lavages vaginaux, et, il put observer des séries de 130-160 accouchements sans cas d'infection ni de mort. A partir du mois de mars 1888, *on s'appliqua par les lavages à désinfecter rigoureusement le vagin et la cavité cervicale, mais les résultats furent nettement plus défavorables*. Aussi, dès mars 1889, on renonça à la

désinfection du col, et dès avril, on cessa les lavages vaginaux; depuis les résultats sont tout à fait satisfaisants.

Conclusions : 1) On n'est autorisé à parler d'*auto-infection* que dans les cas où il est impossible d'attribuer aux accidents pyrétiques une autre origine.

2) Dans les services d'obstétrique, affectés à l'enseignement, il est des causes d'infection souvent tout à fait cachées ; elles existent cependant et elles sont susceptibles d'être supprimées.

3) Dans les faits d'auto-infection apparente, on découvre — d'après les cas rapportés par l'auteur — d'autres sources d'infection.

4) Le terme « auto-infection » est dangereux au point de vue de l'activité des services d'obstétrique.

5) Les suites de couches les meilleures sont observées chez les femmes qui n'ont pas subi d'examen.

6) Dans les services d'enseignement clinique, l'*essentiel consiste à limiter les examens aux explorations externes*, qui presque toujours fournissent une somme suffisante de renseignements.

7) Un examen interne apparaît-il nécessaire, il faut alors réaliser une antiseptie rigoureuse et obtenir une propreté absolue des organes génitaux externes.

8) C'est seulement dans les cas d'accouchements pathologiques (longue durée du travail, putréfaction de l'œuf, etc.), que le lavage des organes internes de la génération s'impose.

(*A suivre.*) R. LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

3 *juillet* 1889.

M. TERRIER communique une observation d'**adénopathie pelvienne** importante au point de vue du diagnostic et du traitement. Une femme de 20 ans, réglée à 12 ans, toujours régulièrement, vit survenir peu à peu depuis son mariage qui date d'un an, des accidents utérins qu'aucune grossesse n'expliquait : douleurs dans les fosses iliaques, irrégularités menstruelles, poussée de péritonite, enfin. M. Terrier trouva chez cette malade, très anémiée, une tuméfaction profonde de la fosse iliaque droite, douloureuse à la palpation. L'utérus était immobilisé par une masse bosselée que l'on sentait dans le cul-de-sac gauche du vagin; il y avait une

légère saillie dans le cul-de-sac droit. De là le diagnostic : salpingite, et la laparotomie fut faite en janvier 1888. Derrière l'épiploon fixé par des adhérences, utérus et trompes furent trouvés sains, mais une masse ganglionnaire rétro-péritonéale proéminait, grosse comme le poing. Elle fut extirpée, après incision du péritoine; suture, drainage. La guérison fut rapide, à part une petite fistule stercorale, car la masse ganglionnaire, en partie suppurée, avait ulcéré le rectum. Cette fistule se tarit assez rapidement. Ces adénopathies pelviennes sont encore mal connues, mais il est bon de savoir qu'elles peuvent simuler absolument une salpingite. Dans l'espèce, peu importe au point de vue thérapeutique, car la laparotomie seule pouvait donner un bon résultat.

M. Pozzi rappelle qu'il a rapporté une observation analogue dans son mémoire sur la laparotomie sous-péritonéale.

M. Lucas-Championnière a opéré deux malades de ce genre. La première, il y a trois ans et demi, pour une lésion qui ressemblait beaucoup à une salpingite, mais où il a cependant diagnostiqué une adénopathie au niveau du détroit supérieur. L'opération a été faite par la voie sous-péritonéale et de la bouillie ganglionnaire a été évacuée. L'amélioration a été médiocre. Chez l'autre femme, des accidents dus probablement à une salpingite dataient d'un accouchement. La laparotomie conduisit à des adhérences nombreuses, épiploïques et intestinales; après leur destruction une masse rétro-péritonéale apparut, que M. Championnière n'osa pas attaquer directement. La malade guérit de l'acte opératoire et depuis cette époque les douleurs, dues sans doute aux adhérences, ont cessé ; la masse ganglionnaire a peu à peu fondu. Cette observation prouve une fois de plus que le diagnostic des variétés des phlegmons péri-utérins n'est souvent possible qu'après la laparotomie.

M. Terrier connaissait le mémoire de M. Pozzi, mais n'en croit pas les observations comparables à la sienne. M. Pozzi a recommandé d'inciser hors du péritoine divers abcès pelviens venant pointer vers la paroi abdominale. Même alors, d'ailleurs, M. Terrier préfère la laparotomie ; chez la plupart de ces malades, en effet, les annexes sont malades et leur ablation est la condition d'une guérison définitive. La première observation de M. Championnière est analogue à celle de M. Pozzi ; la seconde ressemble à celle de M. Terrier. Au reste, et M. Pozzi et M. Championnière accorde-

ront que plus on va et moins on cherche, par des artifices divers, à éviter l'ouverture du péritoine.

MM. Pozzi et Championnière pensent que M. Terrier exagère la saillie faite, dans leurs observations, du côté de la paroi abdominale. La tumeur était réellement profonde, et non proéminente en avant. Ils reconnaissent d'ailleurs que ce plus ou moins de saillie n'a qu'un intérêt accessoire. Ils se rallient volontiers, en principe, à la voie transpéritonéale, et la seconde opération de M. Championnière est tout à fait en sa faveur : les phénomènes subjectifs étaient dus à des lésions de voisinage que la laparotomie seule permettait d'atteindre.

A. Broca.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances du 2 et du 23 juillet 1889.

Budin. — **Sur l'autorisation à donner aux sages-femmes de prescrire les antiseptiques** (1).

Tarnier. **Sur un cas de lithopædion.** — M. Tarnier a pu présenter à l'Académie la dame qui est le sujet de cette intéressante observation. Agée de 56 ans, elle a eu deux accouchements à terme. Ultérieurement, en 1855, apparition de tous les signes d'une 3e grossesse ; grossesse qui fut marquée de crises douloureuses fréquentes, dont l'intensité s'accrut avec les mouvements de l'enfant. P. Lorain diagnostiqua une grossesse extra-utérine, et proposa la laparotomie un peu avant le terme de la grossesse. Moins affirmatif quant à la grossesse extra-utérine, P. Dubois se prononça pour l'expectation. « Au mois de mai 1856, la grossesse était à terme. Une nuit, après de violentes douleurs ne ressemblant aucunement à celles de l'accouchement et paraissant uniquement produites par les mouvements désordonnés du fœtus, ces mouvements cessèrent brusquement. Mme J... pensa que son enfant venait de mourir, et le lendemain matin Lorain n'entendit plus les battements du cœur fœtal.

---

(1) Il sera publié dans ce journal, un article sur la question dès qu'aura paru le nouveau rapport que doit fournir la commission, à laquelle l'Académie vient d'adjoindre 3 nouveaux membres : MM. Brouardel, Tarnier, Nocart.

« A partir de ce moment, toutes les douleurs disparurent; il n'y eut aucune poussée de péritonite; la malade se rétablit rapidement; les règles reprirent leur cours régulier ; la santé devint et resta bonne, malgré la présence du kyste fœtal dans l'abdomen. »

Trois ou quatre ans après, Nélaton se prononçait contre toute intervention.

État actuel. — « On rencontre d'abord une hernie ombilicale; puis, on sent, au niveau de la région sous-ombilicale, une grosse tumeur, de forme allongée, dont le grand diamètre est approximativement transversal, très facile à palper grâce à la souplesse et à l'amincissement de la paroi abdominale, mobilisable à un certain degré, ne paraissant pas avoir contracté d'adhérences intimes avec les organes voisins, offrant très nettement les contours que donnerait un fœtus de huit ou neuf mois qu'on aurait directement sous la main. Cette tumeur est remarquable par sa dureté, de tous points comparable. à celle d'une pierre ; elle est en effet constituée par un fœtus pétrifié, par un *lithopœdion.* » — Après avoir constaté que le diagnostic est indiscutable, M. Tarnier énumère les notions plus précises qu'il a pu obtenir par le palper sur la situation et la disposition du fœtus.

POLAILLON.—Chargé de faire un rapport sur le mémoire de M. Dumontpallier « **Traitement local de l'endométrite par les tiges de chlorure de zinc laissées à demeure** » (1), M. Polaillon a profité de cette occasion pour dire ce qu'une expérience personnelle assez étendue lui a appris au sujet de ce traitement. Il n'a eu pour sa part qu'à se louer de l'emploi de la pâte de Canquoin contre l'endométrite. Les flèches de pâte caustique étaient depuis longtemps employées, en particulier contre le cancer de l'utérus, et lui-même y avait eu recours contre cette terrible affection. C'est convaincu de l'innocuité du séjour dans la cavité utérine d'utérus cancéreux de flèches caustiques, qu'il fut conduit à penser que *ces cautérisations pourraient être sans danger toutes les fois qu'il s'agit de modifier radicalement la muqueuse intra-utérine dans d'autres affections que le cancer.* Et dès 1883, il traitait de cette manière, une jeune femme atteinte de métrite interne. A la suite de 2 cautérisations, et après un séjour d'un mois à l'hôpital, cette femme sortait guérie. A l'heure actuelle, il compte une quarantaine d'ob-

(1) Voir in *Ann. de gyn. et d'obst.*, juillet 1889, p. 56.

servations de ce traitement local de la métrite, observations anciennes qui permettent de juger de la valeur thérapeutique de la méthode.

Touchant la technique opératoire, c'est dans ses traits essentiels, celle de Dumontpallier. Seulement, Polaillon estime qu'il importe de dire, de façon très précise, quelles doivent être les dimensions des crayons de chlorure de zinc. Si l'utérus est tuméfié et comme œdémateux, si les orifices du col sont larges, s'il existe dans le col ce bouchon bien connu de mucus gélatineux et filant, s'il y a des métrorrhagies, il emploie les tiges les plus grosses, mais dont le diamètre n'excède jamais 4 à 5 millim. (grosseur d'un crayon). Si, au contraire, l'utérus est petit, si les orifices du col sont étroits, si la sécrétion catarrhale est modérée, il se sert des tiges les plus minces, de 1 à 2 millim. 1/2 (grosseur d'un cure-dent). Ces flèches doivent être assez rigides pour ne pas se déformer par les frottements inévitables, et assez souples pour s'adapter aux courbures de la matrice. Comme, ainsi qu'il ressort de l'examen de l'eschare, la cautérisation se fait plus énergique au niveau du col, il est utile de donner à la flèche une longueur un peu plus grande que la longueur de la cavité utérine déterminée par l'hystéromètre. A la faveur de cette précaution, la flèche vient butter contre le fond de la cavité utérine, puis se recourbe en arc ou en S dans cet espace, et l'on obtient ainsi une cautérisation suffisante. Les *suites opératoires* sont toujours très simples; douleur nulle ou modérée, rarement vive; pas de réaction fébrile. Néanmoins, pour prévenir toute complication, les opérées sont maintenues au lit pendant 3 jours; puis, sur la chaise longue, pendant 5 à 6 jours, jusqu'à ce que l'eschare soit tombée. Ainsi que l'a dit M. Dumontpallier, celle-ci est éliminée tantôt en bloc, tantôt par fragments au bout de 4-13 jours. Les injections antiseptiques (solution boriquée, chloralée et phéniquée) sont nécessaires pendant le travail d'élimination de l'eschare. La guérison est le plus ordinairement obtenue après 3 semaines.

Résultats. — Sur 47 cautérisations. M. Dumontpallier compte 44 guérisons, 1 amélioration, 2 insuccès. Sur 40 cautérisations, Polaillon a eu 38 guérisons, 1 amélioration, 1 insuccès, et sur ces 38 guérisons, il a observé 3 récidives : l'une au bout de 8 mois, l'autre au bout de 2 mois 1/2, la 3e au bout de 8 jours. A ce propos, il fait observer qu'ayant mis en usage les autres méthodes de traitement, il n'en a pas retiré des guérisons plus solides et plus

durables. D'autre part, la cautérisation avec la pâte de Canquoin permet d'éviter à ces femmes des opérations plus graves, telles que : curettage, castration, hystérectomie.

Mais, quelques faits rares d'atrésie, d'oblitération du col, en relation étiologique avec les cautérisations, démontrent qu'il faut les employer avec beaucoup de circonspection. *Il faut proportionner l'intensité de la cautérisation avec l'effet que l'on veut produire,* et, en particulier, *chez les jeunes femmes, chez celles qui sont dans la période où elles peuvent concevoir, la cautérisation doit être légère.* Mieux vaut réitérer la cautérisation que de n'en faire qu'une qui dépasserait le but, et, à la stérilité par métrite, substituerait la stérilité par une modification trop profonde de l'utérus.

Sont justifiables de cette méthode de traitement *toutes les endométrites chroniques* avec lésions anciennes et sécrétions purulentes ou muco-purulentes, *toutes les endométrites infectieuses, toutes les hémorrhagiques,* même toutes les *hémorrhagies utérines,* sauf celles de l'accouchement et des gros myômes ; les *métrites parenchymateuses,* et ce que l'auteur a décrit sous le nom de *gigantisme utérin.*

Par contre, la métrite aiguë, simple, non infectieuse doit être traitée par le repos, les émollients les injections modificatrices intra-utérines. En outre, la coexistence, d'une ovarite ou d'une ovaro-salpingite peut représenter une contre-indication des cautérisations avec les flèches au chlorure de zinc, ou plutôt entraîner un échec pour la méthode. Dans ces cas, le chirurgien aura à se préoccuper du traitement exigé par l'état des annexes.

R. L.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 13 *juillet* 1889.

AVRARD. **Administration de 14 milligr. de strychnine pendant l'accouchement.** — L'observation se rapporte à une jeune femme de 30 ans, primipare, accouchant à terme, et à laquelle la sage-femme, pour accélérer le travail et 24 heures après le début de celui-ci, fit prendre, d'heure en heure, 14 granules de strychnine, dosés à 1 milligr. : en tout 14 milligr. Les contractions, toutefois, restèrent espacées et faibles. Aussi, se décida-t-on, 60 heures après

le début de l'accouchement, à faire venir un médecin qui, sans succès du reste, tenta deux applications de forceps. Le Dr Avrard fut alors appelé, et il trouva les choses en l'état suivant : parturiente dans un état d'excitation générale, légère ; utérus tétanisé et dur comme la pierre, annulant les renseignements habituellement fournis par le palper ; doubles battements fœtaux perceptibles ; présentation du sommet encore très haut et dans le diamètre oblique gaùche ; col, dilaté de moitié et circonscrit par des bords durs et minces.

Dans le but de vaincre la rigidité spasmodique du col, administration du chloroforme à dose chirurgicale, mais sans succès. On prescrit un grand bain et des onctions belladonées sur le col. 4 heures plus tard, la dilatation étant complète et après nouvelle chloroformisation de la femme, application de forceps rendue très laborieuse par le contact intime où l'extrémité fœtale était avec les parties maternelles. La tête dégagée, comme il existait un circulaire du cordon, le Dr Avrard voulut hâter la sortie du tronc, en aidant au mouvement de rotation des épaules, mais en dépit des procédés les plus rationnels, ici encore il y eut des difficultés, et l'extraction fut particulièrement laborieuse.

Enfant bien constitué, à terme, en état de mort apparente, et qu'on ne put rappeler à la vie malgré des efforts prolongés. Délivrance naturelle et rapide. Suites de couches normales.

En ce qui concerne l'action de la strychnine, Avrard s'exprime comme il suit.

« Le médicament semble n'avoir porté son action que sur les muscles de la moitié inférieure du corps. Car, à part une légère excitation générale, avec conservation entière de l'intelligence, nous n'avons observé ni opisthotonos, ni trismus, ni raideur dans les muscles du cou et du thorax. Ces phénomènes, qui d'habitude précèdent les secousses qui se montrent dans les membres, ont absolument manqué.

La respiration était bonne et le pouls normal.

Les membres supérieurs ne présentèrent aucun phénomène d'agitation, de mouvement. Seuls, les membres inférieurs présentèrent des mouvements bien certainement dus à l'influence de la strychnine.

3 heures environ après avoir pris la dernière dose du médicament, la malade ressentit dans les jambes, et principalement dans

la jambe droite, de vives douleurs revenant de temps en temps, ne durant que quelques secondes, et parcourant le membre dans toute sa longueur : de véritables douleurs fulgurantes. Pendant le temps qu'il nous fallut pour faire l'application de forceps et surtout pour faire l'extraction du tronc, nous avons, bien que notre malade fût complètement endormie, remarqué dans les membres inférieurs des secousses violentes, semblables à de véritables secousses électriques, qui se reproduisirent de 10 à 12 fois. Elles furent plus nombreuses du côté droit que du côté gauche. La jambe semblant en quelque sorte mue par un ressort, présentait alors un rapide et brusque mouvement d'extension, tellement violent que mes aides étaient impuissants à l'arrêter.

Ces mouvements doivent être, suivant nous, attribués à la strychnine, ils cessèrent après la terminaison de l'accouchement. »

L'auteur, d'autre part, est plutôt enclin à rapporter l'état tétanique que présenta l'utérus aux multiples interventions qui avaient été faites, et la longueur du travail, qu'à la substance médicamenteuse.

Conclusions : 1° La strychnine, malgré son action bien connue sur le système nerveux spinal, agit peu, en admettant même qu'elle agisse, sur la fibre utérine et ne saurait être regardée comme succédanée de l'ergot de seigle.

2° Outre les douleurs qu'elle détermine dans les membres, elle peut y faire naître, malgré une anesthésie profonde, des mouvements excessivement violents, venant encore augmenter les difficultés dans les cas d'intervention obstétricale.

Discussion. — Pajot approuve la conduite d'Avrard, et blâme la sage-femme. Il se demande où elle a pu s'instruire sur les effets de la strychnine dans les accouchements? Il rappelle ce qu'il a enseigné toute sa vie, *combien il importe dans l'accouchement, quand il n'y a pas d'indication précise à intervenir, de savoir ne rien faire.* Charpentier insiste aussi sur les lenteurs de la dilatation chez certaines femmes, et cite un cas où, malgré les bains prolongés, la saignée, le chloroforme, l'opium, l'accouchement dura 7 jours et se termina par la naissance d'un enfant vivant. Sous le rapport de l'action de la strychnine dans ce cas, il ne croit pas qu'on soit en droit de la limiter comme le fait M. Avrard, et il pense qu'elle a pu se surajouter aux autres circonstances invoquées, pour produire la tétanisation de l'utérus. On ne peut

pas, même de l'absence apparente de douleurs et des intermittences ordinaires, conclure au défaut de contraction de la fibre utérine. POLAILLON. Malgré le nombre des granules pris, il a pu arriver que, leur dosage n'étant pas précis, il ait été ingéré, peu ou pas de strychnine. VERRIER. Dans les alcaloïdes administrés en granules qui ne sont pas faits au pilulier, la dose n'est pas certaine, mais, dans le cas actuel, la strychnine a été certainement donnée. AVRARD fait remarquer, qu'en tout cas, les granules pris n'ont paru modifier en rien les contractions utérines, et que d'autre part, en raison des mouvements convulsifs dont les extrémités inférieures ont été le siège, il est difficile de nier que la parturiente ait absorbé de la strychnine.

LOVIOT. — **Présentation du siège. Singulière erreur.** — Chez une femme âgée de 40 ans, primipare, le médecin ordinaire et Loviot, appelé par le confrère, reconnaissent à 8 mois 1/2 une présentationn S.I.D. En raison des dangers que pourront faire courir à l'enfant, dans l'accouchement en présentation pelvienne, ces circonstances défavorables, âge avancé et primiparité, Loviot propose de tenter, après anesthésie chloroformique, la version par manœuvres externes. On refuse. A quelques semaines de là, Loviot est de nouveau mandé par le confrère: *la dilatation est complète écrit-il, l'enfant perd son méconium, on sent les fesses par le toucher digital. Le dénouement est proche.*

Or, voici ce que l'examen lui permet de constater.

« Pratiquant le toucher, je constatai à peu près au centre de l'excavation une petite dépression cupuliforme, offrant une certaine résistance à la pression, sans bourrelet notable à son pourtour; partout ailleurs, une surface lisse, égale, qui se tendait et bombait au moment de la contraction. Le doigt retiré était couvert de méconium, d'où la conclusion de mon confrère que la dilatation était complète que les fesses s'engageaient, que l'on atteignait l'anus du fœtus, et que par cet anus s'échappait le méconium. Mais avant de retirer mon doigt, j'avais pris soin de faire une exploration plus complète.

« L'orifice était superficiel, à peu près sur le même plan que les surfaces environnantes; il n'y avait ni pointe, ni saillie osseuse dans son voisinage. En dehors de lui, dans toutes les directions, une surface lisse, sans inégalités, d'une consistance uniforme, tendue et bombant au moment des contractions, se laissant déprimer

dans l'intervalle, et permettant d'atteindre, et comme à travers une couche liquide, un corps solide, susceptible d'être légèrement mobilisé. Enfin et surtout, si l'on suivait cette surface lisse, en avant, en arrière, en dedans, en dehors, le doigt se trouvait toujours arrêté, il aboutissait à un cul-de-sac. Et pour que la démonstration soit complète, exerçant une pression un peu continue sur le soi-disant orifice anal, celui-ci ne tarda pas à céder et à se dilater assez pour permettre l'introduction de la phalangette dans la cavité utérine.

L'erreur était manifeste, le confrère se rendit à l'évidence ; il avait pris l'orifice externe, pour l'anus de l'enfant. La dilatation ne fut complète que plusieurs heures plus tard. Enfin, comme l'état de la femme était peu satisfaisant, que les battements fœtaux était devenus très faibles, Loviot se décida à hâter la terminaison de l'accouchement, en aidant à la sortie de l'enfant. Saisie et abaissement d'un pied, tractions, d'abord au moment des contractions, puis, comme le cordon ombilical ne présentait que de très faibles battements, extraction de l'enfant qui était en état de mort réelle. Délivrance naturelle. Suites de couches normales, sauf quelques légers accidents de cystite.

Discussion. — CHARPENTIER. Dans un cas, récemment relaté dans un journal américain, l'erreur fut contraire, l'anus fut pris pour le col. L'accoucheur fit la dilatation forcée, et ne s'aperçut de son erreur qu'après avoir introduit trois doigts dans l'anus. PAJOT. Il est extrêmement important de ne pas abandonner un enfant, né en état de mort apparente, sans avoir tout tenté, et en particulier l'insufflation pour le ramener à la vie. L'insufflation peut produire des résultats merveilleux. Elle lui a permis de ranimer une femme qui était restée 25 minutes sous l'eau. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que beaucoup des enfants qu'on ranime par l'insufflation meurent dans les 24 heures. POLAILLON a observé des cas analogues à ceux cités par Pajot, mais souvent on ignore, faute d'autopsie, la véritable cause de la mort. Une fois, il insuffla un enfant durant 2 heures ; au début le cœur se mit à battre, puis les battements cardiaques cessèrent définitivement. Or, à l'autopsie, il trouva une hernie de l'intestin à travers le diaphragme, hernie qui comprimait le poumon, dans ce cas, la mort était inévitable. DUMONTPALLIER rappelle le fait connu de Depaul, où celui-ci put ranimer par l'insufflation, un enfant né en état de mort apparente, et qu'on avait complètement abandonné pendant 2 heures. Il rapproche cette

observation d'expériences de Paul Bert : une chatte fait ses petits dans l'eau à 30° environ, on ne les retire qu'au bout d'un certain temps et les petits chats respirent. BAILLY fait observer que l'expérience avait déjà été faite, et avec le même succès, par Buffon, mais que William Edwards a reconnu qu'il y a une distinction importante à établir à cet égard entre les animaux qui naissent les paupières closes et ceux qui ont l'œil ouvert à la naissance : les premiers résistent longtemps à l'asphyxie, les seconds y succombent rapidement. PAJOT pense qu'il faut aussi tenir compte de la résistance individuelle. Il y a des fœtus qu'on touche à peine et qui meurent, tandis que d'autres sont soumis à des manœuvres de toute sorte et résistent. M. REY, à propos des cas de mort par submersion, rappelle que divers auteurs admettent que l'état de syncope prolonge la vie, et qu'en conséquence, l'insufflation sera d'autant plus efficace chez un noyé qu'il se trouvera dans l'état physique correspondant. CHARPENTIER a fait, avec Butte, des recherches sur la vitalité des fœtus. « Nous faisions, dit-il, absorber à une lapine pleine une certaine quantité d'acide pyrogallique, substance qui a la propriété d'enlever de l'oxygène aux globules du sang. La mère était alors plongée dans un bain à 37° d'une solution de sel marin à 5 p. 1000 ; on ouvrait l'abdomen, et on laissait les fœtus, enveloppés de leur sac amniotique, plonger dans le liquide. Nous les avons toujours vus vivre de 1/2 heure à 3/4 d'heure. La même expérience a été faite en ouvrant le sac amniotique. La résistance vitale a été moins prolongée, mais a toujours été d'une demi-heure. »

Suite de la discussion sur l'anesthésie obstétricale. M. BAILLY, lit un travail ayant pour titre : **De l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels.**

Dr R. LABUSQUIÈRE.

REVUE ANALYTIQUE

I. — CANCER DE L'UTÉRUS

Des altérations de l'endométrium dans les cas de carcinome du col utérin (Ueber der Veränderungen des Endometrium bei Carcinoma cervicis uteri), par E. FRAENKEL. *Arch. f. Gynäk.*, 1888, Bd. XXXIII, Hft. 1, p. 146.

Ce travail a été suscité par le mémoire d'Abel sur le même sujet (*Arch. f. Gynäk.* Bd. XXX. Hft. 2). Abel ayant examiné des utérus atteints de carcinome du col, avait constaté au niveau de la muqueuse du corps des altérations anatomiques sérieuses, et qu'il pensait être de nature maligne (dégénérescence sarcomateuse). Landau, dont Abel était l'assistant, avait même trouvé dans l'existence de ces altérations, un argument de plus en faveur de l'hystérectomie vaginale totale, et contre l'amputation supra-vaginale. De son côté, Fraenkel a voulu contrôler les résultats annoncés par Abel et ses recherches ont porté d'une part sur des utérus enlevés par l'hystérectomie vaginale, en raison de cancers du col, et, d'autre part, sur des utérus provenant de femmes ayant succombé à des cancers utérins inopérables, mais qui, toutefois, n'avaient pas dépassé l'orifice interne. En tout, six utérus examinés. Tout d'abord, l'auteur déclare qu'au point de vue de la constatation de lésions anatomiques, il est en parfait accord avec Abel. Car, *dans tous les cas de carcinome du col, il a constaté des modifications anatomiques accusées*. Mais, il diffère absolument avec lui, quant à la signification à donner à ces modifications.

Ces lésions portaient, essentiellement, sur les glandes utriculaires et sur le tissu interstitiel de la muqueuse du corps. Les glandes présentaient tantôt un accroissement en profondeur et en largeur, tantôt elles étaient en nombre plus considérable (hyperplasie et hypertrophie). En certains cas, il y avait combinaison de ces deux processus. Quant au tissu interglandulaire, il présentait, comme trait particulier, des cellules fusiformes, tantôt très denses, tantôt plus disséminées dans le tissu conjonctif, en certains cas formant des traînées dirigées soit parallèlement, soit perpendiculairement à la surface de la muqueuse. Dans un seul cas, entre ces éléments fusiformes étaient infiltrées des cellules rondes. Dans la majorité des cas, ces modifications anatomiques étaient localisées sur la muqueuse elle-même; cependant, dans deux, on pouvait les poursuivre presque dans la couche superficielle de la musculeuse. Enfin, la muqueuse, loin d'être généralement épaissie, présentait ses dimensions habituelles (de 1,5 à 2 mm.), ou même des dimensions moindres. Il faut encore ajouter, que la muqueuse avait en quelque sorte un aspect *télangiectasique*, soit que ses vaisseaux fussent déjà en état d'ectasie ou qu'il

y eût des vaisseaux de nouvelle formation. Pour Fraenkel, il n'y a là que des altérations en rapport avec l'endométrite chronique.

De l'état de la muqueuse du corps de l'utérus dans le cas de cancer de la portion vaginale. (Ueber das verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei carcinom der Portio vaginalis), K. Abel et Th. Landau. (*Arch. f. Gyn.* 1889., Bd. XXXV. Hft. 2.)

Il est facile d'entrevoir quelles difficultés, quelles conditions d'erreur comporte le diagnostic *microscopique* de certaines affections, quand on constate les écarts considérables qui se produisent dans les affirmations qui émanent d'hommes auxquels on accorde une compétence spéciale dans le jugement de ces questions. Or, ces divergences sont considérables quand il s'agit d'interpréter « la nature, l'importance, la qualité » des altérations que présente, en maintes circonstances, la muqueuse du corps de l'utérus, lorsque la portion vaginale est le siège d'une affection cancéreuse. Abel, Eckardt, Fraenkel, Saurenhaus, s'accordent à reconnaître que « *lorsqu'il y a cancer de la portion vaginale, la muqueuse du corps subit des altérations profondes* ». Abel, dans un travail antérieur, dont nous avons également donné l'analyse, déclarait avoir trouvé, sur certains utérus, des altérations correspondant simplement à un processus phlegmasique chronique, tandis que sur d'autres il avait constaté des lésions de nature sarcomateuse. D'autre part, Ruge, qui s'est occupé d'une manière toute particulière de ces questions, déclara, dans une des séances de la Société de gynécologie de Berlin, que, pour lui, ces altérations n'étaient pas de nature sarcomateuse. De même Fraenkel, dans le travail sur le même sujet, tout en reconnaissant avoir trouvé les mêmes modifications anatomiques que celles signalées par Abel, les interprète de façon différente, et, éliminant l'idée de sarcome, les rapporte aussi à un processus de phlegmasie chronique.

Poussé par ces appréciations contradictoires, Abel, de concert cette fois avec Th. Landau, a entrepris de nouveaux examens, et il a utilisé à cet effet six utérus enlevés par L. Landau au moyen de l'hystérectomie vaginale. Or, cette fois encore, il a trouvé des altérations anatomiques tantôt simples, tantôt nettement sarcomateuses. Et il invoque, à l'appui de son jugement, la grande

autorité de Waldeyer qui, après examen des pièces, s'est entièrement rallié à cette opinion. Prenant ensuite la question d'un point de vue plus large, il rappelle les travaux de Virchow, fait intervenir, par analogie, les constatations histologiques faites par Ponfick dans un cas de cancer du larynx, cite Klob, Friedlaender, et Eckardt, suivant lequel *de même que le bacille tuberculeux produit, dans les poumons et sur la peau, des lésions très différentes anatomiquement, le même agent peut faire se développer sur la muqueuse de la portion un carcinome, et sur la muqueuse du corps, dont la structure est très différente, un sarcome.*

ABEL ET LANDAU concluent de la manière suivante,

« Si nous résumons les résultats qui se dégagent des recherches actuelles et des recherches antérieures, il reste acquis que, presque constamment, quand il y a cancer de la portion vaginale, la muqueuse du corps subit des altérations anatomiques profondes. Et ces altérations ne correspondent pas seulement aux types de l'inflammation chronique, mais, dans certains cas, elles revêtent et manifestent les caractères anatomiques des lésions carcinomateuses. Ce fait, qui avait été signalé dans les recherches antérieures d'Abel, est d'ailleurs reconnu par les auteurs cités précédemment. Enfin, nous avons constaté, sur un certain nombre de préparations, la structure anatomique, que tout anatomo-pathologiste doit ranger sous l'étiquette de sarcome. On s'est élevé contre cette dénomination de sarcome, avec l'idée que nous lui attachions une portée clinique spéciale. C'était là une erreur ! Aujourd'hui comme auparavant, nous n'avons pas d'autre prétention que de faire concorder le diagnostic anatomique avec la structure anatomique histologiquement constatée, et de déclarer, s'il nous appartient d'exprimer une vue clinique à ce sujet, que nous tenons ce sarcome du corps de l'utérus pour un stade prémonitoire du carcinome. Les conclusions cliniques se dégagent d'elles-mêmes. Étant donnée l'incertitude absolue où l'on est, quant à l'état de la muqueuse du corps lorsqu'il existe un cancer, formellement constaté de la portion vaginale, on ne saurait se contenter de faire l'amputation élevée du col ; *il faut enlever l'organe en totalité.* Mais celui qui se sent en mesure de diagnostiquer le soi-disant carcinome « *commençant* » fera bien de laisser à la malade qui sera en question, le corps de la matrice. »

Du diagnostic et du traitement du cancer de l'utérus (*Zur diagnose und Therapie des Gebärmutterkrebses*), par L. Landau. *Sammlung Klin. Vort.*, 1889, n° 338.

Landau cherche dans ce travail, à préciser la valeur des recherches microscopiques comme moyen diagnostic du cancer utérin.

Les cas les plus démonstratifs sont ceux dans lesquels, les symptômes cliniques étant douteux, on a, à cause des renseignements fournis par le microscope, pratiqué des opérations radicales, qui ont été suivies de récidives.

Il est incontestable qu'il y a des cas de cette sorte. Et il serait nécessaire qu'ils fussent publiés avec l'exposition complète de leurs particularités macroscopiques et microscopiques. Malheureusement, *les documents qu'on possède à ce sujet sont trop insuffisants pour permettre d'établir que, là où les connaissances cliniques sont hors d'état de fournir des conclusions diagnostiques, l'examen microscopique permet de juger avec toute certitude.*

En résumé : on a enlevé des utérus, à propos desquels le diagnostic *microscopique* avait fourni le diagnostic de carcinome de la portion vaginale et du corps, utérus qui, cependant, n'étaient le siège que de phénomènes inflammatoires avec processus hyperplasique de l'épithélium glandulaire. D'autres utérus, qui avaient été diagnostiqués être le siège de carcinomes du corps, présentèrent seulement tantôt un adénome bénin, tantôt un polype, ou un myôme.

Certes, l'erreur peut être due au défaut d'habileté de celui qui a fait l'examen microscopique ; mais, il faut également mettre en ligne de compte l'absence de traits caractéristiques, suffisamment différentiels, de certaines préparations microscopiques, de même que l'insuffisance de nos connaissances sur le carcinome, défectuosités telles qu'elles mettent en défaut même ceux à qui tout le monde reconnait une compétence particulière en ces questions.

Déjà, la recherche seule de la substance sur laquelle doit porter l'examen, surtout quand on se la procure d'après les procédés usuels, est le point de départ d'une série de méprises. Le risque est moindre quand il s'agit de la portion vaginale, sur laquelle nous pouvons, et exactement au point malade, prendre la quantité de tissu nécessaire pour l'examen. Mais, lorsqu'on a affaire au corps

de la matrice, le principe de technique, évidemment suivi par la plupart, est le suivant (1) : « Pour établir le diagnostic d'adénome, il faut examiner au microscope la muqueuse utérine. Et, *il n'est pas nécessaire* de rendre la cavité utérine accessible au doigt, particulièrement là où la palpation de la cavité utérine ne peut donner aucune indication précise sur la structure du tissu. Il suffit avec une longue curette tranchante, de petit calibre, introduite dans la cavité utérine, de racler un peu de muqueuse et d'examiner celle-ci. » Et plus loin, à propos du carcinome du corps (2) : « En d'autres cas, et en particulier dans les premiers stades de l'affection, il n'est possible de formuler un diagnostic sûr, formel, que si l'on peut soumettre à l'examen du microscope un morceau du néoplasme. A cet effet, on introduit dans l'utérus une curette tranchante et, avec cet instrument, on emporte des morceaux du néoplasme. Si l'on se sert d'une petite curette, on peut opérer sans dilatation préalable du col ».

Or, d'une manière générale, il est utile qu'on puisse introduire un doigt à travers le col. Car, si l'exploration digitale ne renseigne pas sur la structure anatomique, il n'en est pas moins vrai qu'elle nous apprend, d'une manière certaine, s'il y a dans l'utérus des néoplasmes circonscrits, des polypes, des myômes, des restes de placenta, toutes particularités qui échappent souvent avec le seul usage du cathéter. En effet, racle-t-on en aveugle la muqueuse ulcérée? Il peut très bien arriver qu'on n'attaque pas la partie malade, ou bien qu'on abrase la muqueuse sur un petit myôme sous-muqueux d'ailleurs intact, ou qu'on tombe sur un petit polype muqueux. *Conséquences* : dans le 1er cas, une affection utérine peut passer inaperçue, et, dans le 2e, en raison de la structure adénoïde de la muqueuse qui recouvre le myôme, on peut, à tort, conclure à l'existence d'une néoplasie maligne, etc... S'agit-il d'un processus *hétérotopique*, comme l'est par exemple le carcinome, en général, il ne suffit pas d'enlever un morceau de muqueuse, il faut encore enlever de la musculeuse, afin de pouvoir, à l'occasion, déceler, par l'examen microscopique, le processus de destruction; aussi, le raclage à l'aveugle est-il défectueux.

Donc, *la dilatation du col est nécessaire, non seulement pour*

(1) SCHRŒDER-HOFMEIER. *Hand. d. Krankheit. d. Weib. Geschl. Org.* 1889, p. 390.

(2) *Loc. cit.*, p. 386.

permettre de racler, sûrement, les parties malades, mais aussi, pour permettre de se procurer autant de tissu qu'il en faut pour pratiquer un examen microscopique sérieux. (Il est clair que dans les cas où la maladie est très avancée, il n'est pas besoin de toutes ces précautions.)

Ainsi, l'examen microscopique de portions de muqueuses, dans le cas d'affections du corps de la matrice, peut conduire à diverses méprises. Mais, les erreurs sont encore possibles quand il s'agit de processus de la portion vaginale, où cependant l'on peut prendre toute la quantité de tissu désirable pour l'examen. En effet, les hasards mêmes des coupes micrographiques, le plan suivant lequel elles portent sur les glandes du col, peuvent donner lieu, sous le microscope, à des apparences illusoires d'alvéoles. On dit bien, dans les traités, que les cellules du cancer sont polymorphes, et que, dans l'autre cas, il s'agit de cellules épithéliales cylindriques, transversalement sectionnées, à angles égaux, et dans lesquelles la plupart du temps le noyau est resté intact. Le vrai, c'est qu'il faut souvent, pour les différencier, pratiquer des séries de coupes, conditions sans doute irréalisables dans bon nombre de cas.

Telles sont une partie des difficultés auxquelles se heurte le micrographe même lorsqu'il s'agit de cancers parfaitement constitués. *A fortiori*, les difficultés doivent-elles grandir quand on a affaire au *cancer débutant*, c'est-à-dire à ce moment du processus où les glandes subissent la transformation cancéreuse, par le fait que leurs éléments épithéliaux prolifèrent et, un peu plus tôt ou un peu plus tard, obstrueront les conduits glandulaires. Or, ici encore, de simples hasards peuvent causer des méprises. Qu'une coupe, par exemple, intéresse obliquement une glande normale, la préparation pourra, à l'examen microscopique, offrir la disposition suivante : il semblera que plusieurs couches d'épithélium superposées forment sur un côté de la paroi glandulaire des bourgeonnements irréguliers, tandis que sur les autres points de la paroi l'épithélium aura l'aspect normal. La section peut aussi tantôt passer exactement suivant le milieu des noyaux de quelques cellules cylindriques, par exemple, tantôt laisser certaines cellules intactes, ou bien en affecter d'autres dans un segment plus ou moins considérable. De là, des préparations microscopiques où l'on voit des éléments cellulaires polymorphes.

L'auteur fait ensuite ressortir par des exemples, combien il est

difficile de différencier les transformations initiales cancéreuses d'autres processus hyperplasiques, ayant pour siège les éléments épithéliaux, n'ayant pourtant aucun caractère de malignité (processus de guérison d'ulcérations simples, modifications anatomiques qui surviennent dans les cas d'ectropion, de prolapsus, surtout de prolapsus compliqués de phlegmasie chronique, etc., difficultés reconnues et indiquées par Rüge lui-même, si compétent en la matière.

L. Landau conclut, *qu'à l'heure actuelle, le microscope est impuissant à permettre de faire le diagnostic du carcinome « commençant »*. Il faut encore se baser sur la constatation de la structure anatomique du cancer définitivement constitué, et ne formuler le « diagnostic microscopique » que si l'on reconnaît, d'une manière nette, la structure histologique du carcinome.

Dans beaucoup de cas, on peut se passer de l'examen microscopique, parce que déjà les méthodes cliniques de diagnostic (inspection, palpation, symptômes observés), établissent, d'une manière formelle, l'existence d'un cancer. D'autre part, dans d'autres conditions, où les préparations microscopiques ne présentent rien de décisif, le chirurgien doit savoir s'inspirer de l'appréciation de certaines circonstances, selon l'expression de l'auteur, « *ex juvantibus et nocentibus* ».

Abordant ensuite la question du traitement, il estime qu'il doit être basé sur le principe suivant : *dès qu'on a réussi, par n'importe quel moyen, à établir le diagnostic, il faut intervenir, et d'une manière radicale*. Même quand il s'agit de cancers de la portion vaginale, mieux vaut recourir à *l'extirpation totale de la matrice par le vagin* (des observations ont montré que, dans ce cas, la muqueuse de la cavité utérine était souvent le siège d'altérations importantes, non pas seulement de nature phlegmasique). Sous le rapport de la technique opératoire, Landau a adopté la modification préconisée par Richelot-Péan (substitution des pinces hémostatiques aux ligatures, pour l'hémostase au niveau des ligaments larges).

Enfin, dans les cas de cancers trop avancés, pour qu'on se risque à pratiquer l'hystérectomie, il faut encore intervenir énergiquement. Raclage *profond* avec la curette tranchante et immédiatement après cautérisation au fer rouge. On a pu ainsi obtenir quelques guérisons définitives. L'auteur termine par quelques

détails sur l'emploi du chlorure de zinc, de l'acide osmique, lactique, et sur les pansements secs et humides.

R. LABUSQUIÈRE.

Diagnostic précoce du cancer du col utérin (The early recognition of the cervix uteri), par HENRY C. COE, *Medical News*, Philadelphia, février 1889, p. 169.

Dans la grande majorité des cas de cancer du col utérin, le diagnostic est fait trop tard, alors qu'une opération radicale n'a plus de chance de succès. Les symptômes habituels (douleurs, hémorrhagies abondantes, écoulement fétide) n'apparaissent que tardivement. L'âge ne doit rien faire préjuger, puisque la proportion des malades atteintes avant leur quarantième année est de 20 0/0. Au contraire des hémorrhagies peu abondantes, irrégulières, se produisant après le coït (l'auteur attache à ce fait une importance capitale) sont les véritables signes du début et ont une réelle valeur surtout chez les femmes qui ont dépassé la ménopause. Le diagnostic sera complété par le doigt qui trouvera un col induré, par le spéculum qui laissera voir une ulcération saignant facilement, et sera achevé par le microscope : l'envahissement du tissu musculaire par la prolifération épithéliale partie de la muqueuse est l'indice certain d'une dégénérescence cancéreuse.

Le traitement proposé par l'auteur est l'excision, préconisée également par Emmet, le manuel opératoire n'est autre que celui de l'opération de Schroeder. Cette intervention suffit dans plusieurs cas. S'il y a récidive, on enlèvera l'utérus en totalité.

Hystérectomie vaginale suivie de succès. (A successful case of vaginal hysterectomy), par RANDOLPH WINSLOW. *Medical News*, janvier 1889, p. 39.

L'auteur accorde au point de vue de la guérison radicale une supériorité marquée à l'hystérectomie vaginale sur l'amputation partielle. Dans l'hystérectomie la mortalité est plus forte, mais il y a tout lieu d'espérer qu'elle diminuera chaque année à mesure que les chirurgiens se familiariseront avec la technique opératoire. En 1887 le Dr Auguste Martin (de Berlin) a réuni 311 cas d'hystérectomie vaginale avec une mortalité variant de 47 0/0 à 15 0/0 pour atteindre aujourd'hui 11 ou 10 0/0.

Les 70 0/0 de guérisons radicales sont dus à l'hystérectomie vagi-

nale. Suit l'observation d'une malade de 42 ans qui avait subi six semaines auparavant l'amputation partielle pour cancer du col; la récidive nécessita une extirpation complète; l'hémostase des ligaments larges fut assurée par la forcipressure et des ligatures au fil de soie. La malade a guéri, mais on ne peut encore affirmer qu'il n'y aura pas récidive.

Cinq cas consécutifs et suivis de succès d'hystérectomie vaginale pour affection maligne. (Five consecutive successful cases of vaginal hysterectomy for malignant disease), par le Dr E.-W. CUSHING, *Boston med. and surg. Journal*, 1889, 16 mai, p. 484.

L'auteur compare l'amputation supra-vaginale et l'hystérectomie vaginale; il accorde une grande supériorité à celle-ci qui expose moins que la première à l'hémorrhagie. Il a pratiqué cette opération une fois pour adénome, quatre fois pour carcinome ayant débuté par le col. L'hémostase des ligaments larges a été assurée tantôt par la ligature au fil de soie et la forcipressure, tantôt par la forcipressure seule. Ces cinq interventions ont été suivies de guérison opératoire, mais le temps n'est pas encore suffisant pour que l'on puisse affirmer qu'il n'y aura pas récidive.

NOGUÈS.

De l'hystérectomie totale par le vagin dans les cancers du col de l'utérus, par V. DUCHAMP, in *Lyon médical*, 1889, t. LX, p. 549.

Duchamp a fait 4 fois l'hystérectomie vaginale, et 4 fois l'opération a été suivie de succès opératoire, une des opérées est morte de récidive au bout de 6 mois; les trois autres sont actuellement bien portantes, mais les opérations ne datent encore que de 4 mois 1/2, 3 mois 1/2, 2 mois. Lors d'utérus fixés par des adhérences ou par une infiltration des ligaments larges il ne faut pas opérer, ou si l'on a la main forcée par les douleurs ou les hémorrhagies, il faut pratiquer une opération palliative (curage, cautérisation); lors de cancer limité au museau de tanche on se contentera de l'amputation du col; lors de cancer dépassant la portion vaginale, on dégagera le col en détachant la vessie jusqu'au cul-de-sac péritonéal puis on sectionnera le col au ras du péritoine pour mettre à nu la cavité cervicale. Si la surface de section est saine on se bornera à l'amputation supra-vaginale; si elle est atteinte, on pratiquera séance tenante, l'hystérectomie totale.

De l'hystérectomie vaginale, par Leriche, in *Lyon médical*, 1889, t. LX, p. 592.

Malgré un insuccès opératoire dans un cas de cancer, en réalité inopérable, l'auteur croit à l'avenir de l'hystérectomie vaginale.

Hystérectomie pour tumeur maligne de l'utérus. (Hysterectomy for malignant diseases of the uterus), par William H. Wathen, in *Trans. of amer. assoc. of obstetr. and gynecolog.*, Philad., 1888, t. I, p. 255.

Plaidoyer en faveur de l'hystérectomie totale, opération encore dans l'enfance et qui certainement s'améliorera beaucoup lorsque l'on aura précisé ses indications, perfectionné sa technique et déterminé le meilleur traitement consécutif à l'opération. H. H.

De l'opération du carcinome du col (Zur operation des Cervix-carcinom), par Baumgartner. *Arch. f. Gynäk.*, 1889, Bd. XXXIII, Hft. 3, p. 501.

L'auteur a pratiqué trois fois l'extirpation totale de la matrice par le vagin ; une de ses opérées est restée depuis, soit 3 années, indemne de récidive. Il n'accorde à l'excision cunéiforme du col aucune sécurité, sous le rapport de la récidive qu'il a vue se produire peu après l'intervention. Il a, dans ces derniers temps, eu recours, en présence de carcinomes du col, non justifiables de l'hystérectomie et donnant lieu à des pertes de sang et à des sécrétions fétides abondantes, à la *ligature des artères utérines*. La ligature n'est pas difficile après section bilatérale du moignon cervical. Or, dans quelques cas, dont il donne communication, l'auteur a vu hémorrhagies et sécrétions se supprimer, et même le carcinome rétrocéder (dégénérescence graisseuse et résorption). Si l'on n'est pas en droit de parler de guérison complète, il n'en est pas moins vrai que plusieurs malades se sont trouvées améliorées et pour longtemps. R. Labusquière.

Amputation du col de l'utérus pour cancer, observations. (Amputation of the cervix uteri for cancer with cases), par Thaddeus. A. Reamy, in *Trans. of amer. gynec. S.* Philad., 1888, t, XIII, p. 171.

Reamy ne fait l'amputation du col que lorsqu'il pense pouvoir

enlever toutes les parties atteintes par le néoplasme. Ses recherches lui ont montré que l'épithélioma, qui débute à la jonction de l'épithélium pavimenteux avec l'épithélium cylindrique du col, *a fortiori*, celui qui, à son point de départ au-dessous de l'insertion du vagin, a tendance à se propager dans les tissus d'épithélium pavimenteux jusque sur le vagin, avant de remonter dans la cavité du col. Aussi rejette-t-il l'hystérectomie totale, d'autant, dit-il, que les cancers du fond de l'utérus constituent une affection complètement différente, n'envahissant que rarement le col. L'écraseur, d'autre part, lui semble un procédé suranné, qu'il n'a employé qu'au début de sa carrière.

L'amputation du col, plus ou moins haut, faite avec l'instrument tranchant, lui paraît de beaucoup supérieure parce qu'elle permet l'extirpation large du revêtement épithélial des culs-de-sac vaginaux et celle du tissu conjonctif sous-jacent souvent envahi par des traînées épithéliales, parce qu'elle donne des lambeaux qu'on peut réunir par première intention, ce qui n'est peut-être pas sans intérêt, si l'on songe au rôle important des irritations locales dans la genèse du cancer, enfin, fait en apparence paradoxal, parce que ce mode d'amputation laisse pour la suite une conformation qui se rapproche beaucoup plus de la normale, que celle qui résulte de l'amputation circulaire au-dessous de l'insertion du vagin.

Suit un tableau de 55 observations personnelles d'amputation du col pour cancer.

Le cancer de l'utérus. (On cancer of the uterus), par John Williams. London, 1888.

Le cancer du col a peu de tendance à dépasser l'orifice interne, il s'étend surtout vers le bas ou latéralement; dans de rares cas il y a des noyaux isolés dans le corps. Sur 6 amputations supravaginales, relatées par J. Williams, 5 fois la récidive a eu lieu dans le tissu cellulaire péri-utérin ou dans les ganglions iliaques, 1 seule fois dans le moignon utérin en même temps que dans le tissu cellulaire.

Hystérectomie pour carcinome primitif du corps de l'utérus. (A case of extirpation of the uterus for primary carcinoma of the body), par Arthur H. N. Lewers, in *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1888, t. XXX, p. 218.

Dans un cas de cancer du corps de l'utérus, chez une femme de

58 ans, souffrant depuis 10 mois, Lewers fit l'hystérectomie vaginale le 1er mars 1886. L'extraction de l'utérus, après libération, fut difficile, par suite du volume considérable de l'organe. Néanmoins la malade guérit parfaitement, les pertes et les douleurs disparurent pour un temps. En janvier 1887 on constata la récidive et la malade mourut en juillet de la même année.

H. H.

Opération césarienne pour cancer du col. (Cesarean section for cancer of the cervix), par William Goodell. *The Medical News*, Philadelphia, 30 mars 1889, p. 337.

Femme de 32 ans, enceinte de 8 mois 1/2 et atteinte d'un cancer du col qui envahit la vessie et le rectum. Laparotomie médiane, incision de cinq pouces descendant jusqu'au pubis, extraction d'un enfant vivant. La plaie utérine est fermée par deux plans de sutures; les unes sont profondes et comprennent toute l'épaisseur du muscle utérin jusqu'à la muqueuse exclusivement; les autres sont superficielles. La tunique séreuse de l'utérus a été adossée à elle-même, comme la séreuse de l'intestin dans une suture de Lembert.

Cette opération a été suivie de succès. A ce propos l'auteur rappelle la statistique de Harris qui donne 45 morts sur 163 cas; lui-même a réussi 10 guérisons sur 26 cas.

Noguès.

II. — TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DES AFFECTIONS UTÉRINES

Méthode d'Apostoli pour le traitement des fibromes utérins. (Apostoli's method of treatment of uterine fibroids), par Horatio R. Bigelow, in *Medic. News*, Philadelphie, 1889, t. LIV, p. 536.

Exposé de la méthode d'Apostoli et plaidoyer enthousiaste en sa faveur; Bigelow, qui est venu l'étudier à Paris, a constaté ses bons effets dans les cas de fibromes et a vu les malades atteintes d'endométrite en retirer de réels bénéfices.

Traitement des tumeurs utérines par l'électricité. (On the treatment of uterines tumours by electricity), par Thomas Keith, in *The British med. Journ.*, 1889, t. I, p. 1281.

Le traitement d'Apostoli, lorsqu'il est bien employé, met les

malades qui souffrent de tumeurs utérines dans les conditions des femmes qui portent un fibrome sans en souffrir ou même sans s'en douter. Il n'amène pas la disparition de la tumeur ou ne l'amène tout au moins que très rarement, mais il la réduit de moitié, d'un tiers, des deux tiers. Les phénomènes de compression disparaissent, l'irritabilité vésicale cesse, en un mot la malade revient à la santé. Que peut-on demander de plus ? L'hystérectomie est grave, elle donne une mortalité considérable ; quelquefois même elle est impossible et l'on s'en tient à une incision exploratrice. Aussi Keith regrette-t-il les 64 hystérectomies qu'il a faites autrefois, alors qu'il ne connaissait pas le traitement d'Apostoli, ce traitement suffisant pour éviter une opération sanglante et dangereuse qui tue un quart ou un cinquième des malades.

Électrothérapie et chirurgie en gynécologie. (Electro-therapy and surgery in gynecology), par George J. Engelmann, in *Trans. of the amer. gynec. Soc.*, Phil., 1888, t. XIII, p. 327.

Engelmann passe en revue les diverses affections justiciables du traitement électrothérapique ; il croit à la puissance thérapeutique des courants électriques, mais seulement dans certaines conditions, qui n'ont malheureusement pas été déterminées d'une manière générale suivant des méthodes réellement scientifiques Les cas où l'on peut substituer le galvanisme au couteau sont ceux dans lesquels l'action électrolytique ou chimique des courants a chance de produire une métamorphose régressive et une résorption des produits inflammatoires ou néoplasiques.

Quelques points de détails importants dans l'application des courants continus en gynécologie. (Some minute but important details in the management of the continuous current in gynecology), par Lapthom Smith, in *Trans. of amer. assoc. of obstetr. and gyneeolog.*, Phil., 1888, t. I, p. 241.

Exposé technique de l'électrothérapie en gynécologie ; soins consécutifs ; contre-indications.

Revue générale sur le traitement des affections utérines par l'électricité. (A review of the treatment of uterine diseases by electricity), par J. R. Bingt, in *the American Journ. of obstetrics*, New-York, 1889, t. XXIII, p. 247.

Tout en n'admettant pas que le traitement électrique supplante

dans tous les cas les méthodes chirurgicales en usage, Bingt constate qu'il a gagné à sa cause de nombreux gynécologistes dans ces dernières années, bien qu'il soit encore ignoré de la plupart d'entre eux.

H. H.

Une visite chez Apostoli. (Ein Besuch bei Apostoli), par F. ENGELMANN (Kreusnach). *Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 25.

L'auteur termine un article dans lequel il expose les faits et les résultats qu'il a observés à la clinique d'Apostoli par les conclusions suivantes :

1) Le traitement électrique représente un progrès marqué par rapport aux moyens dont nous disposons pour combattre les affections gynécologiques rebelles.

2) La méthode d'Apostoli est basée sur des données scientifiques, et appliquée dans un esprit rigoureusement scientifique. Il est du devoir des médecins de se familiariser avec elle, et de la soumettre à un contrôle minutieux.

3) Les résultats obtenus dans les cas de myômes, en raison surtout de l'incertitude où l'on est avec les autres méthodes de traitement et aussi de la mortalité toujours élevée de l'hystérectomie semblent justifier cette règle de pratique, *il ne faut recourir à l'opération, qu'après avoir essayé du traitement électrique et constaté qu'il était impuissant.*

4) De même, l'emploi de l'électricité dans plusieurs autres affections gynécologiques (métrite, endométrite, périmétrite, inflammations des annexes), paraît théoriquement justifié et sanctionné par les résultats obtenus.

5) La méthode de traitement est simple, facile à apprendre et à appliquer ; elle n'offre aucun danger, à condition d'observer une antisepsie rigoureuse.

R. L.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1889

TRAVAUX ORIGINAUX

HOTEL-DIEU. — SERVICE DE M. TILLAUX

FIBRO-MYOME DE L'URÈTHRE

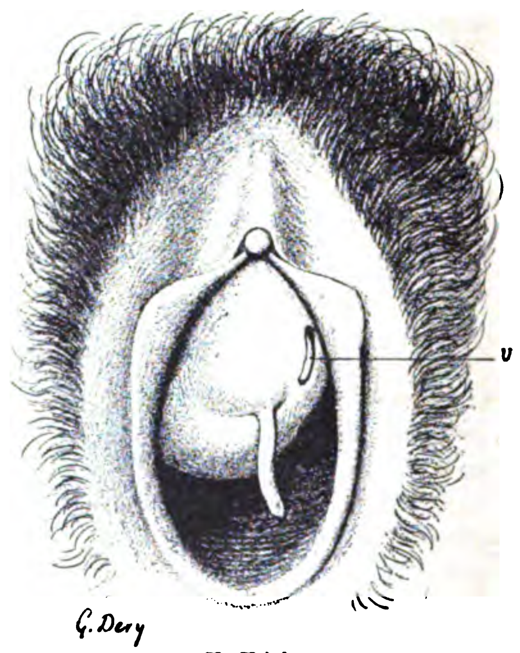
Messieurs, nous opérerons aujourd'hui une femme atteinte d'une tumeur de la vulve.

Il n'est pas rare de rencontrer à la vulve des kystes ayant pour point de départ l'appareil glandulaire si abondant dans cette région ; on y rencontre également les épithéliomes ; on y observe aussi parfois, quoique plus rarement, des lipomes qui s'y pédiculisent et pendent à l'extérieur comme un battant de cloche ; mais la tumeur dont j'ai à vous entretenir est infiniment plus rare que les précédentes et par sa nature et par le siège anatomique qu'elle occupe.

Il s'agit d'une femme de 29 ans qui n'a jamais été malade. Toujours bien réglée depuis l'âge de 14 ans, elle a eu deux enfants après des accouchements normaux, et il y a 18 mois, elle fit une fausse couche. A cette époque elle constata l'existence d'une petite tumeur du volume d'une noisette occupant la vulve. Cette tumeur était dure, non douloureuse au toucher et ne déterminait de trouble d'aucune espèce. Pendant près d'un an la malade n'en fut pas gênée et le volume resta sensiblement le même.

Depuis cinq mois, la tumeur a pris une extension continue. Ce fut d'abord une simple gêne qu'éprouva la malade; puis survinrent des envies fréquentes d'uriner, de vives douleurs pendant la marche et bientôt une impossibilité de tout rapprochement sexuel. C'est alors seulement qu'elle se décida à nous consulter et qu'elle entra dans le service.

Le dessin que je reproduis au tableau vous donnera tout de suite une idée précise de cette tumeur (voir le dessin qui a été fait par M. Témoin, interne du service). Sans qu'il soit



U. Urèthre.

besoin d'écarter les grandes lèvres, on aperçoit immédiatement une masse de couleur rosée, ovoïde, du volume d'un petit œuf de poule, qui pourrait faire songer tout d'abord à un polype utérin faisant saillie hors la vulve, mais le plus simple toucher démontre qu'il s'agit d'une tumeur de la vulve elle-même dont le tiers inférieur seulement est libre. Cette

tumeur est d'ailleurs absolument fixe dans la place qu'elle occupe et ne peut être refoulée en arrière, ni attirée en avant : elle est donc privée de tout pédicule et sessile. De la surface se détache une sorte d'appendice vermiforme tout à fait bizarre et dont il m'est impossible de déterminer le mode de production.

Voici ce que nous démontre un examen plus approfondi. La tumeur est manifestement recouverte par une membrane muqueuse dont la coloration un peu rougeâtre tranche sur le fond rosé de la muqueuse vulvaire. Elle est lisse à sa surface ; la consistance est ferme, mais légèrement élastique ; pas trace de fluctuation.

Le toucher vaginal démontre que la tumeur se prolonge dans le vagin dans la profondeur d'environ deux centimètres et demi ; plus haut le vagin est normal et il en est de même de l'utérus.

Les rapports avec les organes voisins sont les suivants : les petites lèvres sont libres et indépendantes de la tumeur, ainsi que le clitoris, mais par contre l'urèthre affecte avec elle les connexions les plus intimes. Voyez d'abord le méat urinaire ; il est complètement déformé et on éprouve quelque peine à le reconnaître. Il se présente sous la forme non plus d'un orifice arrondi, mais d'une fente presque linéaire, dirigée verticalement et très rapprochée du bord gauche de la masse. On y introduit d'ailleurs facilement une sonde jusque dans la vessie et cette manœuvre combinée avec le toucher vaginal permet de constater la fusion de la tumeur avec la paroi uréthrale ; il est évident que le néoplasme occupe celle-ci et plus spécialement la paroi latérale droite. On comprend dès lors pourquoi la tumeur est immobilisée et paraît en quelque sorte partir de la branche ischio-pubienne, tandis qu'en réalité elle occupe le vestibule qu'elle déborde fortement en bas. Il est également aisé de comprendre les troubles apportés dans la miction et c'est en effet ce dont se plaint surtout cette jeune femme : l'urine n'est plus projetée directement en avant et en bas ; elle s'échappe en s'éparpillant

vers le côté gauche de la vulve qu'elle souille ainsi que les vêtements.

Nous avons donc affaire à une tumeur de la vulve développée dans l'épaisseur de la paroi uréthrale et à une tumeur solide : or, je le répète, c'est là une affection fort rare dont je n'ai pas encore rencontré d'exemple, ce qui toutefois n'aurait rien de surprenant, mais dont les auteurs ne font même pas mention. J'ajouterai cependant que quelques cas en ont été cités par Rizzoli en 1875.

Le siège anatomique étant déterminé, quelle est la nature de cette tumeur ? Celle-ci est lisse, régulière, rénitente, absolument indolente par elle-même, aussi devons-nous rejeter l'existence d'une tumeur maligne, d'un cancer. Elle donne absolument au toucher la sensation d'un fibrome dont elle présente également l'apparence extérieure. Je crois donc devoir ainsi formuler le diagnostic : *fibrome ou fibro-myôme de l'urèthre.*

La malade, vous le comprenez, désire vivement être débarrassée de cette masse très gênante pour elle à plusieurs égards et je ferai cette opération qui je le pense ne présentera pas de difficultés sérieuses. Un point important est de ne pas intéresser l'urèthre, c'est-à-dire de respecter sa paroi, or j'estime que l'énucléation sera suffisamment aisée pour nous permettre d'obtenir ce résultat. Nous aurons soin d'ailleurs de maintenir dans le canal une sonde qui nous fournira les renseignements nécessaires au cours de l'opération.

La malade étant endormie au chloroforme, une incision fut pratiquée suivant le grand axe de la tumeur et celle-ci fut facilement énucléée. Le canal uréthral était intact après l'opération. La cavité assez vaste qui résulta de l'ablation de la tumeur fut bourrée de gaze iodoformée. Après deux pansements, la malade urinait seule et, dix jours après l'opération, elle quittait l'hôpital complètement guérie.

L'examen de la pièce a démontré qu'il s'agissait bien d'un fibro-myôme.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES
SUR LE LAVAGE DU PÉRITOINE (1)

Par le **Dr Pierre Delbet**, prosecteur à la Faculté de médecine.

Le lavage est un des moyens employés pour faire la toilette du péritoine. Mais tous les chirurgiens ne l'ont pas adopté, s'il a ses partisans, il a aussi ses détracteurs : tandis que les uns vantent ses avantages, d'autres l'accusent de méfaits. Le lavage est-il un bon moyen de nettoyer le péritoine ? Est-il capable de déterminer des syncopes cardiaques ou respiratoires par voie réflexe ? La quantité de liquide absorbé par l'organisme pendant le lavage est-elle considérable ? Il m'a semblé que toutes ces questions pouvaient être résolues par des recherches expérimentales. Pensant, en outre, que le lavage du péritoine n'atteindrait la plénitude de son efficacité que lorsqu'on aurait trouvé un moyen de le faire avec des liquides antiseptiques sans danger d'intoxication; j'ai cherché ce moyen.

Telle a été la direction des expériences, que je vais exposer.

Ces expériences ont été faites dans le laboratoire de physiologie de la Sorbonne. Elles ont été pratiquées sous le couvert d'une antisepsie rigoureuse, afin d'éviter les nombreuses causes d'erreur qu'auraient pu y introduire les accidents septiques. De plus elles ont été faites avec les instruments délicats et la précision minutieuse de la physiologie d'aujourd'hui. M. le professeur Dastre, directeur du laboratoire, m'a accueilli avec une extrême bienveillance, il m'a souvent dirigé par ses conseils, guidé dans l'exécution des expériences, aidé dans leur interprétation; je tiens à lui en exprimer ma très vive et très sincère reconnaissance.

(1) M. le Professeur Trélat a bien voulu communiquer un résumé de ces expériences à l'Académie de médecine dans la séance du 18 juin 1889.

I. — De l'étendue du péritoine qui est baignée par le liquide dans le lavage ordinaire — J'ai cherché à résoudre cette question en pratiquant sur le cadavre humain des lavages du péritoine avec des liquides colorés et colorants. J'ai employé la solution de coralline dans l'eau alcoolisée. L'expérience est fort simple. Le cadavre couché sur le dos, je fais une laparotomie médiane entre l'ombilic et le pubis. Un tube de caoutchouc muni d'un ajutage de verre amène le liquide colorant sous une pression de 90 centim. Après avoir placé ce tube dans le fond du cul-de-sac de Douglas, je fais passer de quatre à cinq litres de liquide. La plaie abdominale longue de 6 à 7 centimètres est laissée ouverte de manière que le liquido peut facilement ressortir. Dans ces conditions toute la cavité péritonéale est lavée. La teinture a tout coloré depuis le petit bassin jusqu'au foie et au diaphragme.

II. — Action mécanique du lavage sur les corps étrangers intra-péritonéaux. — Le lavage a pour but principal d'entraîner hors de la cavité péritonéale les corps étrangers, qui y ont accidentellement pénétré, sang, pus, matières fécales, débris de parois d'abcès. Baumgartner (1) parait croire que le lavage peut avoir assez de force pour détacher les couennes inflammatoires, adhérentes à l'intestin. Je n'ai pu vérifier expérimentalement ce fait douteux, et j'ai dû me borner à chercher l'action du lavage sur les corps étrangers libres dans la cavité péritonéale. Le sang versé par les vaisseaux pendant l'opération, le pus sorti d'une trompe déchirée, les matières fécales issues par une perforation de l'intestin se composent à ce point de vue de deux parties, l'une qui est soluble dans le liquide employé pour le lavage, l'autre qui ne l'est pas. Pour les produits solubles, l'expérimentation est inutile ; le raisonnement suffit à déterminer ce qu'elles deviennent sous l'influence du

(1) Baumgartner. 57 Versaml. deutsch. naturfor. med. Aerzte in Magdeburg. *Arch. f. gyn.* Bd XXV, p. 160:



lavage. Elles se mêlent au liquide laveur de manière à former avec lui des solutions de plus en plus faibles. Tant qu'il reste du liquide dans le péritoine; il doit rester aussi des produits dissous, si bien qu'en théorie il serait impossible de débarrasser complètement le péritoine de ces derniers. Mais en pratique, il en est tout autrement. La solution de plus en plus diluée devient si faible, qu'elle perd toute action, et je pense qu'on peut admettre que le lavage est un bon moyen de débarrasser le péritoine des produits solubles qui y ont accidentellement pénétré.

Pour ce qui est des produits insolubles, il est difficile de rien préjuger. Je ne parle pas de ceux qui sont de dimension considérable, tels que les fausses ou néo-membranes, les gros caillots sanguins. Ceux-là sont plus ou moins remués par le courant liquide, on les voit, on peut avec la main favoriser leur expulsion, et on arrive aisément à s'en débarrasser. Mais il est d'autres parties insolubles de très petites dimensions, qui échappent à la vue, les cellules épithéliales altérées, les globules de sang, les globules de pus, les micro-organismes ; ce ne sont pas les moins dangereuses. Que deviennent-elles sous l'influence du lavage ? J'ai eu recours à l'expérimentation pour le déterminer. De ces parties insolubles, les unes sont plus denses que l'eau, elles tombent au fond, et ont moins de chance d'être entraînées ; les autres plus légères que l'eau, flottent à la surface, et doivent plus facilement sortir du péritoine. J'ai dans mon expérience employé une substance plus légère que l'eau, le bleu d'aniline ; je me suis mis, par conséquent, dans les conditions les plus favorables à l'action du lavage. Ce n'est pas seulement pour avoir une substance qui flotte sur l'eau, que j'ai choisi le bleu d'aniline. Pour obtenir un résultat précis, il fallait avoir un moyen de recueillir après le lavage tout ce qui serait resté dans le péritoine de la substance insoluble dont on l'aurait souillé. L'enlever mécaniquement était impossible : on ne pouvait songer à gratter toute la surface péritonéale. Le seul moyen de la recueillir était de la dissoudre,



Il fallait donc une substance d'une faible densité, insoluble dans l'eau et soluble dans un liquide facile à se procurer. Le bleu d'aniline remplit ces trois conditions : il est moins dense que l'eau, insoluble dans l'eau, et très soluble dans l'alcool. Voilà pourquoi je l'ai choisi. L'expérience a été exécutée de la manière suivante :

EXPÉRIENCE

Chien griffon de taille moyenne endormi au chloroforme. Laparotomie médiane, incision de dix centim. Je relève les intestins et l'épiploon, et je verse dans le petit bassin de 8 à 9 grammes de la poudre fine de bleu d'aniline. Lavage à l'eau salée. T. 37°. Je fais passer cinq litres sous une pression de 90 cent. Le liquide est conduit au fond du cul-de-sac de Douglas avec un tube de verre, la plaie abdominale est laissée largement béante ; et pendant le lavage j'agite les intestins de manière à favoriser son action. Après le lavage, le liquide qui reste est épongé avec des tampons de coton. Cela fait, je verse dans le ventre un litre d'alcool à 40°. Après lui avoir donné le temps de dissoudre tout ce qui restait de bleu d'aniline, je recueille l'alcool dans une capsule tarée d'avance. L'alcool ressort avec une couleur d'un bleu intense. La capsule est placée dans une étuve à 40°. Après évaporation complète de l'alcool, il suffit de presser la capsule pour savoir ce qui restait de bleu d'aniline dans le péritoine. J'ai trouvé ainsi qu'il était versé dans ce péritoine 0,55 centigrammes de bleu, qui n'avait pu être entraîné par le lavage.

III. — De la quantité de liquide qui reste dans le péritoine après le lavage et de la position qu'il occupe. — Après un lavage fait sur un cadavre humain, j'exerce sur l'abdomen des pressions vigoureuses, telles qu'on ne pourrait en faire sans danger sur le vivant, de manière à vider autant que possible la cavité péritonéale. Malgré ces manœuvres, il reste toujours dans le péritoine une quantité de liquide considérable. Cette quantité a varié de 120 grammes (sujet adulte mais de petite taille) à 500 grammes (sujet de grande taille à abdomen énorme). Le liquide qui reste

n'occupe pas exclusivement la cavité du petit bassin. On en trouve toujours une certaine quantité dans les fosses iliaques, et une quantité plus considérable dans les fosses lombaires.

Lorsqu'on met le sujet dans la station assise, le liquide qui occupe les fosses lombaires s'écoule en partie vers les fosses iliaques, en partie dans le petit bassin.

Le liquide qui occupe les fosses iliaques n'a pas de tendance à gagner le petit bassin, même lorsque le sujet est dans la station assise.

Il faut donc, lorsqu'on veut débarrasser le péritoine de l'excès de liquide qui reste après le lavage, diriger les éponges non seulement du côté du petit bassin, mais encore dans les fosses iliaques, et dans les fosses lombaires. Hegar et Kaltenbach (1) recommandent déjà cette manœuvre.

J'ai cherché à mesurer la quantité de liquide, qui reste dans le péritoine des chiens vivants, en pesant soigneusement l'animal avant et après le lavage. Mais la quantité de liquide retenue dans le poil est si variable, que, même en prenant la précaution de mouiller le chien d'avance, on ne peut, par ce procédé, arriver à un résultat précis.

IV. — Influence du lavage péritonéal sur la respiration et la circulation. — Pour apprécier l'influence du lavage sur la circulation et la respiration, j'ai pris des tracés manométriques des grosses artères. Ces tracés donnent en même temps la tension du sang, le nombre et la puissance des systoles cardiaques, et l'action de la respiration sur la circulation.

Les expériences ont été toutes disposées de la manière suivante. Un chien de grande taille est fixé sur une table munie d'un orifice central permettant l'écoulement des liquides. Une canule à pression est placée dans l'artère fémorale de l'ani-

(1) Hegar et Kaltenbach. *Traité de gynécologie opératoire.* Trad. franç. Paris, 1885, p. 212.

mal et mise en communication avec un manomètre à mercure. Le tracé s'enregistre graphiquement de la manière habituelle.

L'animal étant endormi, et la canule mise en place, je laisse marcher le manomètre pendant une minute environ, de façon à avoir un tracé type, une sorte d'étalon, pris sur l'animal non opéré, mais mis dans les conditions de l'opération. Puis je fais rapidement la laparotomie, et je commence le lavage. Pendant ce temps, le tracé manométrique s'enregistre sans interruption. J'ai pu prolonger certaines expériences pendant 45 minutes et obtenir des tracés qui ont 1 m. 90 de longueur (1).

L'eau étant un véritable poison pour les éléments anatomiques, j'ai employé pour tous les lavages, la solution dite physiologique, c'est-à-dire la solution de chlorure de sodium à 7 pour 1000, faite avec de l'eau distillée. Cette solution a été assez fréquemment employée dans les lavages chirurgicaux du péritoine. Il y aurait avantage à l'adopter d'une manière générale.

Les modifications respiratoires ou circulatoires pouvaient tenir à trois causes.

1° A l'augmentation de la masse de sang par absorption du liquide du lavage ;

2° A l'action directe du lavage sur les vaisseaux péritonéaux (contraction ou dilatation sous l'influence de la chaleur ou du froid);

3° A une action réflexe par suite de l'excitation des nerfs de l'intestin ou du diaphragme.

J'ai cherché à isoler ces différents modes d'action pour les étudier séparément.

Il était impossible de supprimer complètement l'absorption péritonéale, mais quelque considérable qu'elle soit, on peut

(1) La reproduction intégrale de ces tracés présentant des difficultés matérielles considérables, et n'ayant d'ailleurs aucune utilité, je me contenterai d'en donner des extraits.



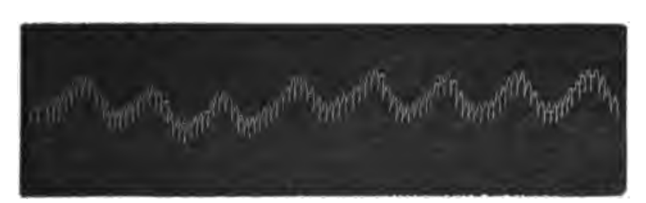
la négliger à ce point de vue. En effet, MM. Dastre et Loye ont montré dans leurs expériences sur le lavage du sang (1) qu'on n'arrive pas à élever la tension artérielle en injectant dans le système circulatoire des quantités de liquide même considérables.

Pour étudier séparément les modifications circulatoires dues à l'action du lavage sur les vaisseaux péritonéaux, il fallait supprimer les réflexes cardiaques. Dans ce but j'ai fait l'expérience sur un animal atropinisé.

EXPÉRIENCE

5 juin 1889. Grosse chienne à longs poils fauves pesant 29 kilog. L'animal reçoit d'abord en injections sous-cutanées 0,03 centigrammes d'atropine et 0,30 cent. de morphine.

Vingt minutes après il est endormi au chloroforme. La canule étant placée dans l'artère fémorale et le manomètre mis en fonction, je fais la laparotomie et je commence le lavage péritonéal avec la solution salée à 7 p. 1000 à la température de 40°. Le liquide est amené sous une pression de 1 mètre au fond de la cavité de Douglas ; il se répand dans toute la cavité péritonéale. Voici le tracé manométrique obtenu pendant cette injection (2).



Chien atropinisé. Lavage à 40°.

Ce tracé est parfaitement régulier. Il n'y a aucune modification ni dans la tension artérielle, ni dans l'amplitude, ni dans le nombre des pulsations. Sur une longueur de deux centimètres, on compta 25 pulsations, il en était de même après la laparotomie et avant le lavage. La respiration est restée absolument régulière.

(1) Le lavage du sang par MM. Dastre et P. Loye. *Travaux du laboratoire de physiologie de la Sorbonne*. Paris, Masson, 1888.

(2) Tous ces traits se lisent de droite à gauche.

On compte comme avant le lavage 12 systoles pour chaque mouvement respiratoire complet.

Sur le même chien, j'ai fait un lavage à la température de 27°. Voici le tracé obtenu pendant ce lavage.



Chien atropinisé. Lavage à 27°.

On voit que les modifications sont insignifiantes : 26 pulsations sur une étendue de deux centimètres. 12 à 13 pulsations par mouvement respiratoire. L'amplitude des pulsations est peut-être un peu moins considérable ; mais la différence est à peine de un demi-millimètre, et la durée de l'expérience suffit largement à l'expliquer.

Cette expérience montre que l'action du lavage sur les vaisseaux péritonéaux reste sans influence sur la circulation, et sur la respiration.

Pour apprécier l'action réflexe du lavage sur le cœur, j'ai expérimenté sur un animal curarisé.

EXPÉRIENCE

12 juin 1888. Grand chien gris noir de 27 kilogr. 15 grammes d'une solution de curare précédemment essayée. Trachéotomie. Respiration artificielle. Mise en fonction du manomètre. Avant la laparotomie, il se produit dans le tracé des irrégularités extraordinaires, de brusques différences de pression, qui mesurent sur le graphique jusqu'à quatre centimètres, et qui équivalent par conséquent à huit centimètres de mercure. Ces brusques variations se sont reproduites pendant et après la laparotomie, pendant et après le lavage. Elles rendent l'interprétation du tracé très difficile. Toutefois comme elles se sont produites aussi bien avant qu'après lavage, on ne peut en rendre ce dernier responsable. Aussi je pense

que le mieux est de les négliger pour ne tenir compte que des parties régulières.

L'expérience a duré environ 35 minutes ; j'ai fait d'abord un lavage à 28°, dans les mêmes conditions de pression que précédemment. Puis, après quelques minutes employées à débarrasser le péritoine de l'excès do liquide, un second lavage à 20°.

Le lavage à 28° n'a eu aucune action sur la circulation. Celui qui a été fait à la température de 20° a paru amener au début une légère augmentation de la tension sanguine. Mais cette augmentation n'a pas duré : et la tension est bientôt redevenue ce qu'elle était avant, bien que le lavage ne fût pas interrompu. En somme les modifications ont été insignifiantes.

Enfin pour me rapprocher des conditions dans lesquelles se trouvent les chirurgiens, j'ai répété quatre fois l'expérience sur des chiens simplement endormis au chloroforme. Pour me mettre à l'abri des accidents chloroformiques si fréquents chez le chien, et surtout pour éviter les modifications de tension artérielle qui auraient pu résulter de l'administration irrégulière du chloroforme, j'ai endormi les animaux avec l'appareil de Paul Bert, qui permet, comme on sait, un dosage exact du chloroforme.

EXPÉRIENCE

5 juin 1889. Chien terrier gris noir, endormi au chloroforme avec l'appareil de P. Bert.



Chien chloroformé. Lavage à 40°.

Le reste de l'expérience est disposé comme précédemment. J'ai fait d'abord un lavage à 40° ; puis sans transition un lavage à 26°. Malgré ce brusque changement de 14 degrés il ne s'est produit

aucune modification dans le tracé manométrique pendant toute la durée de l'expérience, qui a été d'environ vingt minutes.

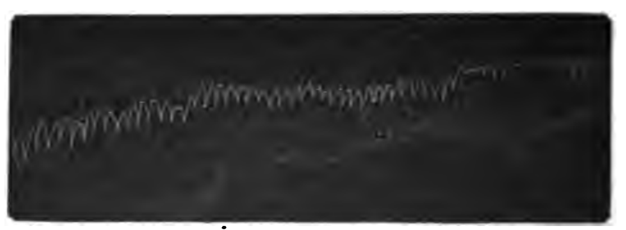


Lavage à 26°, suivant immédiatement le lavage à 40°.

EXPÉRIENCE

5 juin 1889. Même dispositif que dans l'expérience précédente.

Au moment de l'ouverture de l'abdomen, les battements du cœur s'arrêtent ; on peut voir sur le tracé ci-joint qu'il manque environ six pulsations.



Tracé pendant la laparotomie.

Puis les battements reprennent, mais la tension s'abaisse progressivement. Cet abaissement mesuré sur la ligne des minima est de 15 millim. La pression se relève ensuite de 7 millim., et elle reste à ce niveau, c'est-à-dire de huit millimètres plus basse qu'avant l'opération. C'est alors que je fais un lavage du péritoine à 27°. Sous l'influence de ce lavage, la tension s'abaisse légèrement, elle retombe à peu près au niveau où elle était après l'ouverture de la cavité abdominale, mais les battements cardiaques restent amples et réguliers, ainsi qu'on peut le voir sur le tracé.



Lavage à 27°.

EXPÉRIENCE

6 juin 1888. Grosse chienne jaune. Même dispositif que dans l'expérience précédente. Au moment de l'ouverture de la cavité abdominale, la respiration devient plus superficielle et plus rapide. Je fais d'abord un lavage à 19° ; puis brusquement un second lavage à 50°. Malgré cette différence de 31 degrés, le type respiratoire, la forme et le nombre des battements du cœur restent ce qu'ils étaient après la laparotomie et avant le lavage. Voici les tracés qui en font foi.



Chien chloroformé. Lavage à 19°.



Lavage à 50°, suivant immédiatement le lavage à 19°.

J'ai fait une dernière expérience de lavage sur un chien dont j'avais cherché à irriter le péritoine en y mettant un drain aseptique. Le drain était en place depuis 3 jours. Mais je dois dire que l'irritation était peu considérable. Le tube était entouré d'anses intestinales adhérentes entre elles. Mais le péritoine était sain.

EXPÉRIENCE

8 juin. Grosse chienne pesant 29 kilog.; un drain avait été placé dans le péritoine 3 jours avant. Anses intestinales adhérentes autour du tube; mais pas trace d'inflammation dans le reste du péritoine.

Même dispositif que dans les expériences précédentes. Lavage à 37°.

Sous l'influence de ce lavage, la tension artérielle s'élève très légèrement. 2 à 4 millimètres de mercure. Mais les battements du cœur conservent la même fréquence et la même forme ; la respiration n'est pas modifiée : les rapports des battements du cœur et de la respiration restent les mêmes, 4 systoles par respiration complète, ainsi qu'on peut le voir sur le tracé.



Lavage à 37°.

Les conditions réalisées dans ces diverses expériences sont très différentes les unes des autres, soit du côté de l'animal, atropine, curare, chloroforme, péritoine sain, péritoine légèrement irrité, soit du côté de la température que j'ai fait varier de plus de 30 degrés, de 19° à 50°. Or dans ces diverses conditions, l'influence du lavage sur la respiration et sur la circulation a toujours été bien moindre que celle de la simple laparotomie, c'est-à-dire de l'ouverture de la cavité abdominale. Cette influence a été ou bien nulle, ou bien si légère qu'elle est négligeable. Je crois donc pouvoir conclure que dans les conditions diverses ou je me suis placé, le lavage du péritoine *n'a aucune influence notable ni sur la respiration, ni sur la circulation, et que par suite il n'expose à aucun danger de ce côté.*

En somme, le froid ou la chaleur appliqués sur le péritoine déterminent des actions réflexes bien moindres que lorsqu'ils sont appliqués sur la peau. La raison de ce fait est sans doute que le péritoine n'est pas comme la peau chargé d'une fonction de régularisation thermique. Malgré cette sorte d'indifférence du péritoine au froid et à la chaleur,

pense qu'il y a tout avantage à employer chez l'homme les liquides à une température aussi rapprochée que possible de celle du corps.

V. — De l'action hémostatique du lavage a haute température. — Les chirurgiens ont fréquemment employé les lavages du péritoine à la température de 45 à 50° dans le but d'arrêter les hémorrhagies en nappe. J'ai déjà dit que les lavages à 50° n'avaient probablement aucune influence ni sur la respiration, ni sur la circulation : mais leur innocuité n'est pas une raison suffisante de les employer, et il faudrait savoir s'ils remplissent leur but, c'est-à-dire s'ils sont capables de diminuer ou d'arrêter les hémorrhagies capillaires. Il n'est pas douteux que les injections vaginales chaudes aient une action sur les hémorrhagies utérines; mais il ne s'ensuit pas qu'il doive en être de même pour les hémorrhagies qui se font au niveau du péritoine déchiré et d'adhérences rompues. Il est vraisemblable que les injections chaudes agissent de deux façons : d'une part en favorisant la coagulation du sang, d'autre part en déterminant des contractions des fibres musculaires lisses des vaisseaux eux-mêmes ou des tissus dans lesquels ils sont compris. Quelle est la part qui revient à ces deux modes d'action ? il est impossible de le dire exactement; mais il est probable que la contraction des muscles lisses est le principal facteur de l'arrèt de l'hémorrhagie sous l'influence des injections à haute température.

Il n'est point aisé de déterminer expérimentalement d'une manière précise l'action hémostatique du lavage péritonéal, ou au moins je n'ai pas trouvé de moyen de le faire. Je me suis contenté d'examiner soigneusement les vaisseaux péritonéaux pendant les différents lavages que j'ai faits. Il m'a semblé que le calibre de ces vaisseaux n'était nullement modifié même sous l'influence de l'eau à 50°. Or s'il est vrai que la contraction des petits vaisseaux est le principal facteur de l'arrêt de l'hémorrhagie, il y a lieu de se demander

si les lavages péritonéaux à l'eau chaude jouissent bien des propriétés hémostatiques qu'on leur a attribuées.

VI. — De l'absorption par le péritoine pendant le lavage. — Pour apprécier la quantité de liquide qui est absorbée par le péritoine et qui pénètre dans le sang pendant le lavage, j'ai pesé le résidu sec de petites quantités de sang prises dans l'artère fémorale avant, pendant, et après le lavage. Le poids du résidu sec étant connu, il suffit de faire une soustraction pour connaître le poids de l'eau qui s'est évaporée, c'est-à-dire le degré d'hydratation du sang.

Les expériences ont été conduites de la manière suivante : Le chien étant endormi par le chloroforme avec l'appareil de Paul Bert, je place la canule employée d'ordinaire pour les prises de sang dans l'artère fémorale. Avant toute opération, je fais une première prise. Le sang est recueilli dans une capsule de verre soigneusement tarée d'avance et immédiatement pesé à un milligramme près. Puis je fais la laparotomie, et je commence le lavage dans les conditions précédemment indiquées avec la solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000 à la température de 38°,5, qui est à peu près la température normale de la cavité abdominale d'un chien. Puis à des intervalles exactement déterminés, je fais deux ou trois autres prises. Pour chacune d'elles, la quantité de sang est exactement pesée : et toutes les capsules sont placées dans une étuve réglée à 120°. Pour éviter toute cause d'erreur, la quantité de sang prise chaque fois doit être minime. On sait en effet que les soustractions faites à la masse de sang se réparent rapidement, mais surtout par augmentation d'eau. C'est à-dire que toute saignée amène une hydratation plus considérable de la masse du sang qui reste. Mais lorsqu'on ne prend que quelques grammes, cette cause d'erreur est négligeable. Les résultats que je vais donner ont été obtenus après 72 heures de dessiccation dans l'étuve à 120°. Il est possible que ce temps ne soit pas suffisant pour obtenir une dessiccation absolument complète du

sang. Dans des recherches récentes, MM. Gréhant et Quinquaud (1) ont laissé la dessiccation se faire pendant près d'un mois. Mais des conseils que j'ai pu puiser à des sources autorisées, et des pesées comparatives que j'ai faites moi-même après des temps variables, il résulte, que lorsqu'on opère sur de petites quantités, la dessiccation à l'étuve à 120 degrés pendant 72 heures, donne une précision largement suffisante.

EXPÉRIENCE

1er juin 1889. Chien gris noir pesant 11 k. 800.

1re prise. Avant l'opération.

5,591 de sang. Après 72 heures de dessiccation, il reste 1,159 de résidu sec.

Soit 4,432 d'eau évaporée, ou 79,27 0/0.

2e prise. 15 minutes après le début du lavage.

6,790 de sang. Après 72 heures de dessiccation, il reste 1,315 de résidu sec.

Soit 5,475 d'eau évaporéé, ou 80,64 0/0.

3e prise. Une demi-heure après le début du lavage.

9,075 de sang. Après 72 heures de dessiccation, il reste 1,716 de résidu sec.

Soit 7,359 d'eau évaporée, ou 81,09 0/0.

4e prise. Une heure après le début du lavage.

3,411 de sang. Après 72 heures de dessiccation, il reste 0,657 de résidu sec.

Soit 2,754 d'eau évaporée, ou 80,74 0/0.

EXPÉRIENCE

3 juin 1889. Chien pesant 15 kilogr. 600.

1re prise. Avant l'opération.

1,710 de sang. Après 72 heures de dessiccation, il reste 0,402 de résidu sec.

Soit 1,308 d'eau évaporée, ou 76,49 0/0.

2e prise. 20 minutes après le début du lavage.

(1) Gréhant et Quinquaud. *Académie des sciences*. Séance du 27 mai 1889.

4,634 de sang. Après 72 heures de dessiccation, il reste 1,013 de résidu sec.

Soit 3,621 d'eau évaporée, ou 78,14 0/0.

3e prise. 45 minutes après le début du lavage.

3,476 de sang. Après 72 heures de dessiccation, il reste 0,787 de résidu sec.

Soit 2,689 d'eau évaporée, ou 77,36 0/0.

En prenant seulement les résultats rapportés à 100, on obtient les tableaux suivants :

1re expérience.

Avant le lavage, le sang contient...........	79,27 0/0 d'eau.
15 minutes après le début du lavage.......	80,64 0/0 —
30 minutes................................	81,09 0/0 —
60 minutes................................	80,74 0/0 —

2e expérience.

Avant le lavage, le sang contient..........	76,49 0/0 d'eau,
20 minutes après le début..................	78,14 0/0 —
45 minutes................................	77,36 0/0 —

Dans les 20 ou 30 premières minutes qui ont suivi le début du lavage, la quantité d'eau contenue dans le sang a augmenté de 1 gramme 82 (1re expérience), de 1 gr. 65 (2e expérience) pour 100. L'augmentation d'eau serait donc de 16 à 18 grammes par kilog de sang : ce qui donnerait pour la masse du sang de l'homme qu'on estime en moyenne à 5 kilogr. une augmentation totale de 90 grammes d'eau.

Cette proportion est certainement au-dessous de la vérité. En effet, les prises ont été faites dans l'artère fémorale. Or, il est certain, que l'eau salée absorbée par les veines ou les lymphatiques du péritoine, a déjà pu s'éliminer en partie avant d'arriver dans l'artère.

Quoi qu'il en soit, ces chiffres, tels qu'ils sont, montrent que :

1° L'absorption par le péritoine est si considérable que, si on employait des substances toxiques, les accidents pourraient se produire avec une rapidité et une intensité redoutable : ces faits sont connus en clinique.

2° Le lavage du péritoine fait avec la solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000, représente une véritable transfusion.

Gil-Wylie (1) avait cru remarquer cliniquement que le lavage du péritoine à l'eau chaude (110° Farenheit) diminuait le choc opératoire. Il l'a employé dans un cas, à la suite d'une opération laborieuse pour un sarcome diffus. « L'effet, dit-il, fut magique ». Il est possible que le lavage agisse dans ce sens en réchauffant les anses intestinales. Mais il doit agir surtout à la manière d'une transfusion. Peut-être le lavage du péritoine avec la solution salée à 7 pour 1000 portée à la température de 38° serait-il indiqué de ce chef à la suite des laparotomies qui durent longtemps ou qui s'accompagnent d'hémorrhagies considérables.

VII. — De la possibilité de laver le péritoine avec des substances toxiques sans danger d'intoxication. — Les chiffres, que je viens de citer, montrent que, même lorsqu'on laisse une certaine quantité d'eau salée dans le péritoine, l'hydratation du sang, après avoir notablement augmenté dans les 20 ou 30 premières minutes qui suivent le début du lavage, ne tarde pas à diminuer, tout en restant un peu au-dessus du taux normal. Si le degré d'hydratation du sang après s'être élevé d'une certaine quantité était simplement resté stationnaire, il n'y aurait pas eu lieu de s'en étonner, puisque MM. Dastre et Loye, dans le travail dont j'ai déjà parlé, nous ont appris qu'il existe un puissant mécanisme régulateur de l'hydratation du sang. Mais, ce qui m'a frappé, c'est que la quantité d'eau contenue dans le sang, après avoir augmenté d'une manière relativement considérable, au lieu de rester stationnaire, diminuait. L'entrée en jeu du mécanisme régulateur de l'hydratation sanguine suffisait-elle à expliquer cette diminution? L'absorption par le péritoine n'était-elle pas singulièrement diminuée? Il était rationnel de le supposer, car l'absorption peritonéale ne constitue pas une fonction dans le

(1) Gil-Wylie. Obs. Soc. of New-York. *Am. J. of obstetrics*, 1887, p. 54.

sens physiologique du mot; c'est une simple propriété de tissu. Comme telle, elle est contingente, accidentelle, modifiable, et cela est si vrai, que dans certaines circonstances, qu'on peut artificiellement produire, le lavage du sang (1), par exemple, le péritoine, loin d'absorber, transsude. On pouvait donc concevoir, qu'au début du lavage, les vaisseaux péritonéaux, lymphatiques et veineux, surpris en quelque sorte, absorbaient une grande quantité de liquide, puis, que par suite de l'hydratation exagérée du sang, la faculté d'absorber du péritoine était sinon supprimée, du moins singulièrement diminuée. Si cette hypothèse était juste, il devait y avoir un moment, où, par suite de la diminution de l'absorption péritonéale, il serait possible de faire passer sans danger dans le péritoine des substances toxiques.

Pour vérifier cette hypothèse, il fallait réaliser les expériences suivantes. Après avoir déterminé sur un premier chien, pris comme témoin, la quantité d'une solution toxique employée en lavage péritonéal nécessaire pour empoisonner l'animal, il fallait laver le péritoine d'un second chien préalablement soumis au lavage à l'eau salée avec la même quantité proportionnelle du même liquide sans l'empoisonner.

J'ai employé comme substance toxique, l'une des plus terribles que nous connaissions, le sulfate de strychnine. Mes premières expériences ont été faites avec une solution à 2 gr. pour 1000.

Voici le résumé de ces expériences :

EXPÉRIENCE

Chien témoin. Poids 12 k. 300.

Lavage du péritoine avec la solution de strychnine à 2 p. 1000.

3 minutes et 10 secondes après le début du lavage, les convulsions apparaissent, un demi-litre de la solution a passé.

Au bout de 8 minutes, arrêt du cœur.

---

(1) Dastre et Loye. *Loc. cit.*

EXPÉRIENCE

Chien pesant 16 k. 600.

Je fais d'abord un lavage avec la solution salée à 7 p. 1000 pen- 8 minutes (4 litres 1/2).

Puis je fais le lavage avec la solution de strychnine pendant 9 minutes. Je termine en faisant passer dans le péritoine 4 litres de la solution salée pour enlever l'excès de strychnine.

Onze minutes après le début du lavage à la strychnine, quelques contractions se produisent dans les membres postérieurs. Au bout de 18 minutes des coups frappés sur la table font tressaillir l'animal. Bientôt les convulsions paraissent; elles cessent un instant, reprennent vers la 30e minute. A la 36e minute le cœur s'arrête.

EXPÉRIENCE

Chien pesant 14 k. 900.

Lavage à la solution salée pendant 10 minutes.

Lavages à la solution de strychnine pendant 5 minutes (800 gr.).

Les convulsions paraissent au bout de 12 minutes; la mort survient au bout de 24 minutes.

EXPÉRIENCE

Chien témoin pesant 7 k. 300.

Solution de strychnine à 2 p. 1000.

Au bout d'une minute de lavage (250 gr.) opisthotonos.

Je fais immédiatement le lavage à la solution salée pour enlever l'excès de substance toxique.

L'animal meurt au bout de cinq minutes.

EXPÉRIENCE

Chien pesant 13 k.

Lavage à la solution salée pendant 10 minutes.

Lavage à la solution de strychnine pendant 3 minutes (500 gr.).

Puis lavage à l'eau distillée.

L'animal meurt au bout de 45 minutes.

Chez tous les animaux, soumis d'abord au lavage à la solution salée, l'apparition des accidents convulsifs et la

mort ont été retardés. Tandis que les deux témoins sont morts l'un en 8, l'autre en 5 minutes ; les chiens, dont le péritoine avait été préalablement lavé avec la solution de sel n'ont succombé qu'en 36, 24, 45 minutes. Ces résultats étaient en faveur de mon hypothèse; mais je voulais une démonstration plus éclatante.

En employant une solution de sulfate de strychnine à 0,20 centig. pour 1000, je suis arrivé à réaliser l'expérience que voici :

EXPÉRIENCE

Chien témoin.

La solution de sulfate de strychnine à 0, 20 pour 1000, est placée dans un vase pourvu d'un tube de Mariotte pour que la pression y soit constante. Ce vase présente un orifice inférieur, auquel est fixé un long tube de caoutchouc, muni d'un robinet à pression et armé d'un tube de verre. Le vase chargé est placé à un mètre au-dessus de la table d'opération.

Un chien jaune, de petite taille, pesant 7 k. 300, est endormi au chloroforme et laparotomisé. La plaie abdominale est saisie dans les mors de larges pinces en T, pour éviter l'absorption par le tissu cellulaire. Le péritoine largement ouvert, je fais passer dans la cavité péritonéale un courant de la solution de sulfate de strychnine. Au bout d'une minute, le chien est pris de grandes convulsions avec opisthotonos et extension des membres. Il a passé 250 centim. cubes de la solution. J'arrête immédiatement le courant de strychnine, et je lave le péritoine avec la solution salée pour enlever l'excès du poison. Malgré cela, les convulsions continuent, et l'animal meurt (arrêt du cœur) cinq minutes après le début du lavage.

Ayant ainsi déterminé les conditions dans lesquelles le chien succombait (quantité de liquide et durée de l'injection), il restait à faire passer dans le péritoine d'un autre chien la même quantité de la même solution dans le même temps (proportionellement au poids de l'animal) sans l'empoisonner. Voici l'expérience :

EXPÉRIENCE

Un chien gris noir pesant 13 kilogr. est endormi au chloroforme. Je fais la laparotomie et je lave le péritoine avec la solution de chlorure de sodium à 7 pour 1000, à la température de 38°, pendant 10 minutes.

Puis l'excès de liquide contenu dans le péritoine ayant été évacué, je fais passer en 3 minutes 500 grammes de la même solutisn de sulfate de strychnine à la même température et sous la même pression. (Cette quantité de 500 grammes était un peu plus considérable qu'elle aurait dû être, mais comme il restait certainenement dans le péritoine un peu d'eau du premier lavage, j'ai cherché à obtenir ainsi une compensation, que je crois surabondante.)

Les 500 grammes ayant passé, je fais, comme précédemment, un lavage avec la solution physiologique pour enlever l'excès de strychnine. L'animal n'a présenté aucune convulsion, ni aucun phénomène de strychninisme, pas même d'exagération des réflexes.

Le lendemain l'animal va bien ; il commence à manger. Le surlendemain, il a mangé sa soupe et se promène dans sa cage.

Le 3e jour, l'animal, complètement rétabli, court et saute dans le laboratoire.

La démonstration était suffisante. Cependant j'ai tenu à la rendre plus frappante encore en tuant l'animal avec la même dose de strychnine qui, la première fois, était restée sans action sur lui.

Le chien étant endormi avec l'appareil de P. Bert, je rouvre la cicatrice abdominale. Le péritoine est absolument normal; pas trace de péritonite; pas d'adhérences. Sans faire au préalable de lavage avec la solution salée, je fais passer dans la péritoine la même quantité de la même solution de sulfate de strychnine dans le même temps (500 grammes en 3 minutes) et sous la même pression. Aussitôt après je lave avec la solution physiologique pour enlever l'excès de strychnine. Les conditions sont donc absolument les mêmes que dans l'expérience précédente pour ce qui est de la substance toxique. Cependant les résultats ont été bien différents. 8 minutes 30 après le début de l'injection, l'animal est pris de convulsions (extension des membres). Bientôt après, les convulsions se généralisent, se succèdent presque sans interruption, et le chien meurt (arrêt du cœur) au bout d'une heure.

Cette expérience démontre qu'après le lavage à l'eau salée l'absorption du péritoine est si diminuée qu'on peut faire passer dans sa cavité des substances très toxiques sans dangers d'intoxication.

CONCLUSIONS ET APPLICATIONS

De cet ensemble de recherches expérimentales on peut tirer les conclusions suivantes :

I. — *Le liquide employé en lavage se répand dans toute la cavité péritonéale.*

Lorsque le malade est couché horizontalement ou presque horizontalement sur la table d'opération, le liquide conduit avec un tube dans le cul-de-sac de Douglas se répand jusqu'à la face inférieure du foie et jusqu'au diaphragme. Cela peut être un avantage lorsqu'on opère pour une péritonite généralisée, ou bien lorsqu'à la suite d'une perforation intestinale ou d'une rupture de poche purulente survenue plusieurs heures avant l'opération, les matières fécales ou le pus ont été entraînés par les mouvements de l'intestin, dans toute la cavité péritonéale. Mais cela peut être aussi un inconvénient lorsqu'il s'agit tout simplement de débarrasser le cul-de-sac de Douglas du pus qui a pu sortir d'une trompe déchirée pendant l'opération. Souvent en effet dans ces cas, l'intestin a été récliné, maintenu par des éponges ou des compresses, et protégé contre le contact du pus. Le lavage simple aurait alors l'inconvénient peut-être sérieux, d'entraîner du pus dans des régions qui n'étaient pas encore souillées. Pour éviter cet inconvient, il faudrait élever le tronc du malade, et continuer, pendant le lavage, à maintenir avec des éponges les anses intestinales non souillées.

II. — *Il est difficile, peut-être impossible de débarrasser complètement par le lavage, le péritoine des substances étrangères qui ont pénétré dans sa cavité.*

O. Witzel (1) avait déjà remarqué cette difficulté de nettoyer complètement le péritoine par le lavage. Mais il a cru trouver un moyen d'en triompher, et il a communiqué son procédé à la 61e réunion des naturalistes allemands (Köln, septembre 1888). Ce procédé consiste à faire à la paroi abdominale plusieurs petits orifices ; par exemple deux ou trois sur la ligne blanche et un dans chaque flanc. On place dans chacun de ces orifices un tube volumineux qui se dirige vers les régions qu'il importe le plus de purifier. Puis on injecte successivement le liquide laveur par chacun des tubes. Le liquide doit ressortir par les autres tubes. Dans une autre série de recherches sur le drainage péritonéal, dont je publierai prochainement les résultats, j'ai été conduit à expérimenter un procédé très semblable à celui de O. Witzel. Je plaçais dans le péritoine d'un chien, un ou deux drains, puis par la canule d'un trocart introduit dans un autre point de la cavité abdominale j'injectais de l'eau salée. Dans ces conditions, le liquide injecté revenait peu ou point par les tubes. Aussi j'ai peine à croire que le procédé de Witzel permette de bien débarrasser le péritoine des substances septiques qui ont pu y pénétrer et je pense qu'il est préférable de faire le lavage par une ouverture large et unique.

Au reste bien que le lavage soit sûrement imparfait, il ne faut pas exagérer son insuffisance. S'il n'enlève pas tout ce qui a pénétré dans le péritoine, il en enlève la majeure partie et, dans bien des cas, cela est suffisant, ainsi que le démontrent les nombreuses observations cliniques où il a été couronné de succès. Nous savons en effet aujourd'hui que l'asepsie absolue toujours désirable est bien difficile à réaliser, et que souvent l'asepsie relative suffit au succès. La question de dose septique joue un rôle considérable, et c'est déjà beaucoup de pouvoir par le lavage simple, réduire cette dose au minimum. Toutefois si cela est suffisant dans certains cas, ce ne l'est pas toujours : et je pense que lors-

(1) O. Witzel. *Deutsche med. Wochen.*, 1888, p. 812, n° 40.

qu'une grande quantité de liquide très septique s'est répandue dans le péritoine au cours d'une opération, il est indiqué de faire suivre le lavage simple, d'un lavage antiseptique, qui aura l'avantage de diminuer ou de supprimer les propriétés septiques des parcelles de pus qui ne seront pas entraînées.

Je n'ai parlé jusqu'ici que des substances qui ont pénétré dans la péritoine par effraction, de celles qui y sont à l'état libre, qui n'adhèrent pas. Ce sont, en somme, les cas les plus favorables au lavage. Lorsque le péritoine est enflammé lui-même, lorsqu'il existe une péritonite purulente, lorsque l'intestin est recouvert d'exsudats, de fausses membranes adhérentes, c'est alors que le lavage simple devient tout à fait insuffisant : il est incapable de détacher mécaniquement ces exsudats, ces fausses membranes, et comme nous n'avons aucun bon moyen de les enlever complètement, il me semble qu'il est indiqué dans ces circonstances de faire suivre le lavage aseptique d'un lavage antiseptique. Sans doute ce dernier sera lui-même bien souvent insuffisant ; mais tout insuffisant qu'il soit, il me paraît être le mode d'action le plus efficace, que nous ayons contre ces cas désespérés.

III. — *Après le lavage, il reste toujours dans le péritoine une quantité notable de liquide, qui occupe le petit bassin. les fosses iliaques, les fosses lombaires.*

Si on tient à débarrasser complètement le péritoine de ce liquide, c'est dans ces régions qu'il faut aller le puiser. Il y a avantage à le faire, dans les cas où le lavage a été pratiqué pour entraîner du pus. Car on a chance d'enlever ainsi les produits septiques, qui seraient restés mêlés à l'eau. Au contraire lorsque le lavage a été fait pour enlever des produits non septiques, du sang par exemple, il y a avantage à laisser l'eau salée, qui une fois absorbée compensera la perte du sang.

IV. — *Le lavage du péritoine dans les limites thermiques*

de 18° à 50° n'a sur la respiration et sur la circulation que des influences insignifiantes ou nulles. Il n'expose à aucun danger de ce côté.

Bien que les lavages à température basse ne déterminent aucun réflexe notable ni du côté de la respiration, ni du côté de la circulation, il ne s'ensuit pas pour cela qu'ils soient indifférents. Ils ont à tout le moins l'inconvénient de refroidir l'intestin et c'est un inconvénient grave, car ce refroidissement augmente le choc opératoire. Aussi, il faut chez l'homme faire les lavages ordinaires à une température aussi voisine que possible de celle de la cavité abdominale 38 à 39°.

En clinique, les accidents qu'on a imputés au lavage péritonéal sont très peu nombreux. Je ne connais que les cas de M. Polaïllon? Ce chirurgien aurait observé trois fois des syncopes dont une mortelle.

Les deux premiers faits, ceux qui se sont heureusement terminés, sont rapportés sans détail. Dans le troisième cas, il s'agissait d'une ovariotomie sur une femme de 28 ans. Dès le début la chloroformisation avait été difficile. Le kyste enlevé on fait un lavage à l'eau distillée bouillie et phéniquée à 7 pour 0/0 à la température de 37° environ. « Le lavage s'effectuait depuis deux ou trois minutes. J'avais déjà fait couler deux litres d'eau antiseptique chaude dans le bassin ; et comme cette eau ressortait encore très teintée par le sang, je fis couler encore de l'eau d'un nouveau flacon, qui était accidentellement plus chaude que la précédente, cette injection se répandit entre les anses intestinales jusqu'à la partie supérieure de l'abdomen. C'est à ce moment que la respiration s'arrêta. » M. Polaillon attribue l'arrêt de la respiration au contact de l'eau chaude avec la face inférieure du diaphragme.

Il est difficile d'interpréter ce cas isolé. La syncope s'est-elle produite juste au moment où le liquide a atteint la face inférieure du diaphragme ? Il n'est point aisé de le savoir. Quelle était la température exacte de cette eau ?

Cela n'est pas dit. L'acide phénique a-t-il joué un rôle ? Le chloroforme n'at-t-il pas été le principal agent de cette syncope respiratoire ? Il est d'autant plus naturel de le supposer que la chloroformisation avait été difficile.

V. — *L'action hémostatique des lavages à haute température me paraît douteuse.*

J'ai déjà dit quelles sont les raisons qui me font douter de la valeur hémostatique des lavages à 45 ou 50 degrés. M. Routier (1) est arrivé à la même conclusion par l'expérience clinique. « Ce procédé, dit-il (p. 291), m'a peu satisfait et me paraît beaucoup au-dessous de sa réputation comme hémostatique. »

VI. — *La quantité de liquide absorbé dans les premières minutes du lavage est considérable. Lorsqu'on emploie la solution de chlorure de sodium à 7 p.* 1000, *on obtient ainsi une véritable transfusion indirecte.*

J'ai rapporté en détail les expériences qui démontrent ce fait. Ces expériences ont été faites sur des animaux en pleine santé, qui n'étaient nullement anémiés. Or comme l'absorption par le péritoine est à peu près proportionnelle à la masse du sang, on peut légitimement admettre que sur des animaux artificiellement anémiés, elle aurait été plus considérable encore. Les chiffres que j'ai obtenus, rapportés à l'homme par le calcul, permettent de fixer à 90 grammes la quantité de liquide qui aurait été absorbée dans les conditions où je me suis placé. Il est bien certain que même dans ces conditions, ces chiffres sont au-dessous de la vérité, puisque je n'ai pas tenu compte de l'eau éliminée. Mais tels qu'ils sont, ces chiffres montrent que cette absorption est loin d'être négligeable ;

---

(1) Polaillon. *Journal de médecine*. Paris, 28 octobre 1888, p. 467. Sur un danger du lavage du péritoine pendant la laparotomie. *Académie de médecine.*

(2) Routier. Étude sur les inflammations péri-utérines. *Revue de chirurgie*, 10 avril 1889, p. 273.

que le lavage du péritoine avec l'eau salée agit à la manière d'une transfusion; qu'on pourrait efficacement s'en servir dans les cas où l'on craint que le choc opératoire ne devienne redoutable, particulièrement lorsque la laparotomie est de très longue durée ou qu'elle s'accompagne d'hémorrhagie considérable. C'est ainsi que la durée de l'opération ou l'hémorrhagie pourraient devenir des indications du lavage à l'eau salée, même si le péritoine n'avait pas besoin d'être nettoyé.

Il y a lieu de se demander si dans certaines circonstances, cette absorption ne constitue pas un danger. Le pus, les matières fécales répandus dans la cavité péritonéale, pourraient contenir des principes solubles, des ptomaïnes par exemple, qui une fois dissoutes dans l'eau du lavage passeraient dans le sang et amèneraient des accidents. Je ne sais pas ce qu'il y a de fondé dans cette supposition. Mais en tout cas, pour éviter un danger possible, il me semble qu'il serait prudent, lorsque du pus ou des matières fécales ont été répandus dans le péritoine, d'en enlever la majeure partie avec des éponges avant de commencer le lavage.

VII. — Il est possible de laver le péritoine avec des substances toxiques sans danger d'intoxication. — Il faut pour cela faire précéder le lavage toxique d'un lavage de 10 *minutes de durée avec la solution salée à* 7 *pour* 1000, *et le faire suivre d'un troisième lavage avec la même solution pour débarrasser le péritoine de l'excès de substance toxique.*

C'est par des expériences faites sur des animaux que j'ai démontré la possibilité de laver le péritoine sans danger avec des substances toxiques. Serait-on autorisé à employer sur l'homme ce procédé de lavage. Il me semble difficile d'en douter.

Il y a quelques années, les chirurgiens disaient volontiers que les résultats acquis par des expériences faites sur les animaux ne leur étaient d'aucune utilité, n'étant pas applicables à l'homme. Aujourd'hui l'opinion paraît s'être un peu modifiée sur ce point, peut-être parce que nous avons vu des

découvertes retentissantes appliquées de l'animal à l'homme avec le plus grand succès. N'en a-t-il pas été ainsi pour le traitement de la rage? D'une manière générale, il faut bien admettre qu'il n'y a pas de différence physiologique fondamentale entre l'homme et les grands mammifères voisins de lui. Si on refusait de l'admettre, il faudrait refaire la physiologie presque tout entière. Comment Claude Bernard a-t-il fondé la doctrine de la glycogénie? N'est-ce pas par des expériences faites sur les animaux? Doutons-nous cependant que la fonction existe chez l'homme. Est-ce donc sur l'homme, qu'on a étudié les propriétés du suc pancréatique? Qui doute que ce suc n'ait, entre autres propriétés, celle de digérer les substances albuminoïdes. Et cependant, il s'agit là du foie, du pancréas, d'organes à structure complexe, qui pourraient être spécialisés. Au contraire, pour l'absorption péritonéale, il s'agit d'une simple propriété de tissus de l'ordre le plus général. Aussi je pense que dans le cas particulier on est autorisé à passer du chien à l'homme.

Voudrait-on dire que ces expériences n'ont pas d'application pratique parce que j'ai employé une substance dont on n'use pas en chirurgie. Il est facile de répondre à cette objection. J'ai employé le sulfate de strychnine d'une part parce qu'il est extrêmement toxique, d'autre part parce que ses effets sont faciles à constater. Il est aisé de voir si un chien a ou n'a pas d'exagération des réflexes, si un chien a ou n'a pas de convulsions, s'il meurt ou reste en vie. Il aurait été moins aisé et moins sûr de constater si ce chien présentait ou non les symptômes des formes légères de l'intoxication par le sublimé, la stomatite pouvant faire défaut.

On n'emploie pas le sulfate de strychnine pour le lavage du péritoine chez l'homme, cela est incontestable. Mais le sulfate de strychnine est une substance soluble comme le sublimé, comme l'acide phénique : je l'ai employé en solution comme on emploie l'acide phénique ou le sublimé. Or l'absorption se fait de même pour toutes les substances en solution dans l'eau ; car au point de vue de l'absorption, ce n'est

pas la nature chimique du corps qui importe, mais seulement son état physique, le fait d'être ou de n'être pas dissous : et ce qui est acquis pour le sulfate de strychnine l'est également pour n'importe quelle autre substance en solution, le sublimé par exemple.

Il n'y a donc que le degré de toxicité de la substance qui pourrait être discuté. Or il ne paraît pas douteux que le sulfate de strychnine à la dose où je l'ai employé soit plus toxique que le sublimé à la dose où on l'emploie. Je pourrais essayer de le démontrer en comparant les doses de strychnine et de sublimé qu'on donne à l'intérieur. Mais la démonstration serait plus apparente que réelle. Les voies d'absorption, tube digestif dans un cas, péritoine dans l'autre sont trop différentes pour qu'on puisse tirer de cette comparaison un argument de valeur. La chirurgie abdominale me fournira des données plus sûres.

Certains chirurgiens ont osé laver le péritoine avec du sublimé. Korniloff (1) l'a fait avec une solution à 1/30 0/0. Krœnlein (2) a employé une solution à 1/2 0/000. Ils ont sauvé chacun un malade. E. van de Varker (3) a obtenu un succès après un lavage avec une solution de sublimé à 5 0/00. Il est inutile de multiplier les exemples. Ces faits prouvent qu'on a pu laver le péritoine avec des solutions de sublimé sans voir survenir d'accidents graves. Or si on avait fait ce lavage avec la solution de sulfate de strychnine que j'ai employée, les malades auraient succombé probablement en moins d'une heure ainsi que mes expériences le prouvent.

Pour ces diverses raisons, je pense qu'on est autorisé à laver chirurgicalement le péritoine avec des substances antiseptiques toxiques en se mettant dans les conditions que j'ai indiquées.

---

(1) Korniloff. Medizinskoje obosrenje. 1887, n° 12. *Central. f. chir.*, 1888, p. 246.

(2) Krœnlein. *Archiv. f. klin. Chir.*, 1886. Bd XXXIII, p. 507-524.

(3) E. Van de Warker. *Jour. of. the American. med. Assoc.*, 1887 vol. IX, n° 19.

Mais il ne suffit pas d'éviter les accidents généraux, il faudrait encore chercher quelle est celle des substances antiseptiques, qui, tout en étant suffisamment puissante, détermine le moins d'irritation locale, celle qui altère le moins l'épithélium péritonéal. Je n'ai pas encore fait d'expérience dans ce but : tout ce que je puis dire, c'est que la solution de Rotter me paraîtrait tout à fait indiquée si ses propriétés antiseptiques étaient suffisamment démontrées. En attendant, le mieux serait je crois, d'employer la solution de sublimé à 1 pour 1000.

Le procédé qui permet de laver le péritoine avec des substances toxiques est-il applicable à tous les cas ? Mes expériences ont été faites sur des péritoines sains, elles visent surtout les cas où le contenu d'une poche purulente crevée au cours d'une laparatomie s'est répandu dans le péritoine. Mais les conditions peuvent être modifiées de diverses façons.

La possibilité de laver le péritoine avec des substances toxiques est fondée sur ce fait que, quand une certaine quantité de liquide a pénétré dans le torrent circulatoire, l'absorption péritonéale est suspendue ou au moins considérablement ralentie. Quelle est la cause prochaine de cette diminution de l'absorption péritonéale ? Est-ce l'hydratation exagérée du sang ? Est-ce l'augmentation de la masse sanguine dans son ensemble ? Il faut bien remarquer que ces deux termes, qui sont connexes dans l'état de santé, cessent de l'être dans certaines conditions pathologiques. C'est ainsi par exemple qu'après une hémorrhagie considérable, l'hydratation du sang pourrait-être notablement augmentée, tandis que la masse du sang resterait inférieure à la normale. Les deux termes sont donc dissociables : J'essaierai plus tard de préciser par des expériences quel est celui des deux, qui joue le principal rôle pour suspendre ou ralentir l'absorption à la surface du péritoine. Sans trancher la question, on peut supposer que la masse du sang a une importance considérable. Aussi il est possible qu'après les hémorrhagies

graves, la saturation du système circulatoire ne se produise pas, et que par suite le procédé que j'ai indiqué ne présente pas des garanties suffisantes. Je n'oserais pas conseiller son emploi dans ce cas particulier.

Est-il applicable lorsque le péritoine est enflammé ? Au début de l'inflammation, lorsque les vaisseaux sont dilatés, lorsque la surface de la séreuse est injectée, il semble que l'absorption doive être plus active. Cependant je pense que dans ces circonstances, on pourrait encore faire sans danger le lavage avec des substances toxiques. En effet, ce qui suspend l'absorption après le lavage à l'eau salée, ce n'est pas l'état du péritoine, c'est l'état du sang, sa saturation pour ainsi dire. Or, cette saturation sera d'autant plus facilement obtenue, que l'absorption se fera mieux. Lorsque l'inflammation est plus avancée, lorsque la surface du péritoine est tapissée d'exsudats, de fausses membranes, il n'y a guère que deux éventualités possibles : ou bien l'absorption reste suffisante pour que la saturation du sang se produise ; ou bien elle est si diminuée qu'elle n'expose plus à aucun danger.

Quand il existe de l'ascite, l'absorption doit être presque nulle. Et si l'on en juge par le cas de van de Warker (1), qui a pu dans un cas de tuberculose avec ascite, faire sans accident le lavage, avec une solution de sublimé à 5 0/00, les précautions que j'ai indiquées seraient même inutiles.

Quelles seraient les indications du lavage antiseptique du péritoine ? Sans essayer de passer en revue toutes les indications de ce lavage, ce qui serait hors de propos dans ce travail, j'indiquerai seulement les principales conditions dans lesquelles il me semble capable de rendre des services. Ce sont :

1° Les cas où des matières septiques se répandent dans le péritoine en quantité considérable au cours d'une laparatomie.

---

(1) VAN DE WARKER. *Loc. cit.*

2° Les cas où les produits septiques, pus ou matières fécales ayant pénétré dans le péritoine avant la laparatomie se sont répandus dans toute la cavité abdominale.

3° Les cas de péritonite septique.

4° Peut-être les cas de tuberculose péritonéale.

Reproches faits au lavage.

J'ai répondu dans le cours de cet article aux principaux reproches qu'on a faits au lavage du péritoine ; mais je veux pour terminer en envisager un dernier. On a reproché au lavage d'augmenter la durée des laparatomies. Or comme il est certain que la durée des laparatomies est un des facteurs de leur gravité, ce reproche paraît grave. Mais il faut examiner les choses de plus près.

Ce ne sont pas les secondes et les minutes, qui aggravent le pronostic ; la durée n'agit pas par elle-même et il importe de préciser quelles sont les causes prochaines de son influence néfaste. On pourrait dire que les laparatomies les plus difficiles sont justement les plus longues, et que si le pronostic est grave cela tient bien plutôt au cas lui-même qu'à la durée de l'opération. Mais cela serait passer à côté de la question. Il s'agit de savoir pourquoi dans des cas similaires, une opération rapidement exécutée a plus de chance de réussir qu'une opération lente. Cela peut tenir à trois causes. Le traumatisme que subit le péritoine est d'autant plus considérable que l'opération est plus longue. On introduit la main un plus grand nombre de fois dans le ventre ; on maintient plus longtemps les intestins avec des éponges ou des serviettes. Tous ces petits traumatismes peuvent diminuer la résistance des parties ; ils altèrent l'épithélium, entraînent une exsudation qui pourra devenir plus tard un bouillon de culture : voilà une des raisons. Pendant tout ce temps, l'intestin se refroidit : voilà une seconde raison. Enfin les dangers de l'infection par l'air sont d'autant plus considérables que le ventre reste plus longtemps ouvert : voilà la

troisième. Or de ces trois causes d'aggravation dues à la durée de la laparatomie, laquelle persiste pendant le lavage? Le traumatisme est nul, les anses baignent dans l'eau. Du refroidissement, il ne saurait être question; bien au contraire le lavage fait dans de bonnes conditions ne peut que réchauffer les anses intestinales. Quant à l'infection par l'air, elle est impossible, tout le péritoine étant rempli d'un liquide, qui peut même être antiseptique.

En somme, il me semble que le lavage du péritoine n'est passible d'aucun reproche sérieux, tandis qu'il est capable dans certaines circonstances, que j'ai brièvement indiquées, de rendre des services signalés.

ENCÉPHALOCÈLE PARIÉTO-OCCIPITALE
ET ECTOPIE EXTRA-THORACIQUE DU CŒUR
CAUSÉES PAR DES ADHÉRENCES AMNIOTIQUES

Par **A. Broca**, prosecteur à la Faculté.

Il y a près de trois ans que M. le professeur Pinard a bien voulu me faire remettre par mon ami Varnier un fœtus monstrueux qui, depuis 1882, était conservé dans l'alcool. L'accouchement, qui s'est fait à peu près à terme, a eu un intérêt clinique assez grand, pour le diagnostic de la présentation. Le palper et le toucher ont permis de reconnaître à l'avance une malformation céphalique et un bec-de-lièvre. Cette partie de l'observation a été rédigée, en décembre 1882, par mon ami Œttinger. Je commencerai par l'insérer ici, car elle n'a pas encore été publiée, et je la ferai suivre des détails anatomiques fournis par la dissection.

Cette pièce, d'une grande rareté, mérite en effet une description détaillée, non pas seulement parce que les ectopies cardiaques extra-thoraciques à peu près complètes ne sont pas fréquentes, mais surtout parce que la cause mécanique des anomalies est prise sur le fait. Ces anomalies relèvent,

sans doute, en partie, d'un arrêt de développement. Mais cet arrêt de développement a été provoqué, exagéré et modifié, par l'intervention d'actions mécaniques évidentes. Une bride résistante, à base large, s'insère sur l'encéphalocèle d'un côté, sur l'amnios de l'autre. Une seconde adhérence, plus grêle, va de la pointe du cœur à la gaine amniotique du cordon, anormalement court. L'issue du cœur hors de la poitrine a cependant eu lieu sur la ligne médiane, entre les deux moitiés non réunies du sternum ; il y a donc arrêt de développement, et non pas processus purement pathologique. Il en est probablement de même au crâne, quoique l'étude ostéologique de l'orifice anormal soit moins nette. Enfin cette traction mécanique sur l'extrémité céphalique a eu pour autre résultat la formation d'un bec-de-lièvre bilatéral, à siège typique.

Observation. — La nommée Jeanne Penniot, âgée de 29 ans, blanchisseuse, entre le 19 décembre 1882 dans la salle Ste-Anne, service de M. le Dr Pinard.

Cette femme a été réglée à l'âge de 17 ans, elle a toujours été bien portante et n'a jamais eu le moindre antécédent pathologique.

Première grossesse dans l'année 1880 ; accouchement à terme le 1er janvier 1881 ; les suites de couches ont été normales et la malade est sortie de l'hôpital 15 jours après.

C'est le 3 avril 1882, que ses règles ont apparu pour la dernière fois et dès lors elle a pensé être enceinte. Cette grossesse, du reste, a été supportée plus difficilement que la première ; elle a été marquée par des vomissements beaucoup plus fréquents et des malaises passagers se répétant à intervalles. Dès le début, cette femme a été sujette aux syncopes, particulièrement dans le deuxième mois ; elle a eu à plusieurs reprises des pertes de connaissance durant jusqu'à 1 heure environ. Le 18 décembre dans la nuit, elle est réveillée par une sensation d'humidité et elle constate qu'elle a perdu une certaine quantité de sang et de liquide. La veille au soir, elle était encore bien portante et dit ne s'être livrée à aucun exercice exagéré.

Dans la nuit, la poche des eaux s'est rompue et depuis les coliques sont plus fréquentes : c'est ce qui l'engage à venir à l'hôpital.

Lorsqu'on cherche à se rendre compte par le palper de la situation du fœtus dans la cavité utérine, on trouve une assez grande difficulté, tenant à l'état de tétanisation de l'utérus; l'on peut constater cependant, même à la simple inspection, que l'utérus n'est pas régulièrement ovoïde et que, en haut et à droite, il existe une tuméfaction notable, distincte, pour ainsi dire, du corps de l'utérus et qui se confond avec lui au moment des contractions. En cherchant à se rendre compte de la partie engagée dans le petit bassin, on enfonce ses doigts dans l'excavation, on trouve là une tumeur qui n'est ni dure ni régulière, ni ovoïde, qui n'a pas, dit M. Pinard, les caractères qu'on peut assigner à une tête fœtale. Le dos se trouve en rapport avec la partie antéro-latérale droite de l'utérus; l'autre pôle fœtal est situé en haut et semble bien être manifestement le siège. Tous ces renseignements sont difficiles à constater, car l'utérus est contracturé pour ainsi dire sur le fœtus qu'il contient.

Le toucher nous dénote un col qui n'est pas entièrement effacé, car le canal cervical persiste encore dans une certaine étendue quoique la dilatation ait acquis des dimensions comparables à la grandeur d'une pièce de cinq francs. Depuis le matin cette femme a perdu une certaine quantité de sang et c'est avec précaution que le toucher est pratiqué. En introduisant l'index dans ce qui reste de canal cervical, M. Pinard constate la présence de la tête fœtale défléchie et peut facilement introduire son index dans la bouche de l'enfant; en avant et à droite de la bouche il trouve les globes oculaires, le nez, mais il fait en même temps remarquer à ses élèves qu'il y a là quelque chose d'anormal, car il a cru sentir une scissure profonde séparant la lèvre supérieure en bec-de-lièvre. Rapprochant ce fait de ce que la tête fœtale ne présente pas les caractères qui lui sont connus dans la présentation de la face, il pense qu'on a probablement affaire ici à une monstruosité fœtale, anencéphalie, exencéphalie, etc.

Les battements du cœur sont normaux et l'on entend le maximum un peu à droite de la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic.

A deux heures de l'après-midi, la femme accouche d'un enfant monstrueux, vivant, qui présente les particularités suivantes : La voûte crânienne existe mais est considérablement atrophiée et fait défaut sur la ligne médiane; à ce niveau se trouve une double masse d'aspect fongueux, mollasse, constituée par les enveloppes

du cerveau et se continuant au pourtour de leur pédicule avec la peau du cuir chevelu par un petit liséré blanchâtre. Elles semblent surtout contenir une grande quantité de liquide. L'atrophie de la voûte crânienne, la saillie des globes oculaires donnent à ce fœtus l'aspect classique que les tératologistes ont comparé à celui d'un

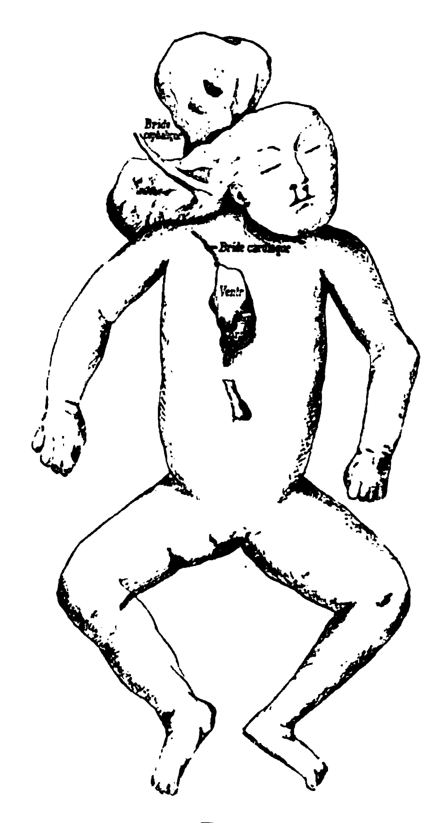


Fig. 1.

batracien ; du côté de la bouche un double bec-de-lièvre, sur la voûte du palais une fissur₀ médiane marquée surtout à la partie postérieure de cette voûte osseuse ; pas de saillie bien prononcée des os intermaxillaires ; pas de scissure au niveau de l'arcade alvéolaire.

La tumeur céphalique est reliée par une bride s'insérant à sa

base et semblant l'envelopper, à la face interne de l'amnios ; au moment de l'accouchement cette bride fibreuse a dû être coupée sans que l'on pût constater exactement le point où elle s'insérait.

Mais ce qui attira le plus notre attention, ce fut une ectopie du cœur, qui, situé complètement en dehors de la cavité thoracique, accomplissait ses mouvements sous nos yeux ; une ouverture très régulière, ovalaire, permettait l'issue au dehors de cet organe, dont la base du reste présentait des cohérences avec la peau. La pointe du cœur, portée en haut, était liée par une bride fibreuse à la gaine amniotique du cordon et nous avons dû au moment de l'expulsion de l'enfant la sectionner pour pouvoir extraire le fœtus. Sur la face externe du cœur, quelques petites plaques laiteuses d'aspect nacré.

Pas d'autres vices de conformation.

Nous avons pu pendant plusieurs heures étudier toutes les phases de la contraction cardiaque ; la systole auriculaire précédait celle des ventricules, mais les battement étaient fréquents, 140 par minute, en sorte que la systole auriculaire ou presystole ne pouvait être distinguée de la contraction ventriculaire qu'avec une grande attention. Au moment de la contraction, nous n'avons pu remarquer ni une projection de la pointe, ni un mouvement de recul et de torsion ; ce qui était facile à constater, c'était d'une part le changement de forme du cœur qui semblait diminuer de hauteur, et en même temps augmenter un peu ses diamètres transverses, d'autre part le changement de consistance du muscle cardiaque ; cet organe était pour ainsi dire tendu et donnait presque au doigt qui le touchait, la sensation d'un ballon rempli de liquide où l'on chercherait la fluctuation.

La sensation du choc elle-même était aussi bien perçue à la base, à la pointe qu'en toute autre région de l'organe cardiaque.

Peu à peu, les battements sont devenus irréguliers, intermittents, et enfin à 11 heures du soir, 9 heures après la naissance, ils ont complètement cessé, le muscle cardiaque était alors presque desséché à sa surface et à chaque contraction se couvrait de rides nombreuses.

Quant au placenta, son expulsion a été rapide et s'est faite par la force utérine; volumineux, les cotylédons étaient friables, d'aspect sarcomateux, présentant une dégénérescence granulo-graisseuse avancée.

Les membranes de l'œuf n'ont pu malheureusement être conservées intactes, les brides dont nous avons parlé ayant dû les tirailler et ayant nécessité leur section au moment de l'expulsion du fœtus ; nous n'avons pu ainsi reconstituer l'œuf en entier.

Quant au cordon, à part l'expansion fibreuse allant rejoindre la pointe du cœur, il ne présentait rien de particulier, si ce n'est une briéveté tout à fait anormale.

Autopsie. — Le fœtus qui m'a été remis est volumineux, du sexe féminin. Les membres sont bien développés et configurés; j'ai constaté en les disséquant qu'ils ne présentent pas d'anomalies musculaires, osseuses ou articulaires. Le point d'ossification de l'extrémité inférieure du fémur existe : le fœtus est donc à peu près à terme, ainsi que son volume le faisait d'ailleurs prévoir. L'examen attentif de la cavité abdominale ne m'a révélé aucune disposition anormale. Les organes génitaux internes et externes sont bien conformés. A la vulve, on voit avec une très grande netteté l'orifice hyménéal et l'on constate très aisément qu'il n'y a pas à vrai dire une membrane hymen, mais un cylindre qui, prolongeant le vagin, s'ouvre entre les deux petites lèvres dont sa face externe est séparée par une rigole circulaire profonde. C'est en somme la disposition typique, prouvant l'origine vaginale et non vulvaire de l'hymen.

Les seules parties anormales sont : 1° la région précordiale et le cœur ; 2° le crâne et le cerveau ; 3° la lèvre et le maxillaire supérieurs ; 4° enfin en disséquant le cou j'y ai trouvé un petit muscle bizarre. Les descriptions seront brèves, car l'examen attentif des dessins supplée avec avantage à la lecture du texte. Ces dessins sont dus à la complaisance de mon ami Dupasquier, interne provisoire des hôpitaux. Celui qui représente l'intérieur du cœur (fig. 6) a été fait par mon cher maître le professeur Farabeuf, que je remercie de sa grande obligeance.

I. — **Cœur et parties voisines.** — Le cœur, situé hors de la poitrine, a une surface dure, comme cornée. Sur les tissus déjà séchés pendant la vie de l'enfant puis racornis par l'alcool il est impossible de disséquer une couche de péricarde viscéral. La partie visible au dehors a la forme de la masse ventriculaire, où le sillon interventriculaire n'est toutefois pas appréciable. Au sommet de la pointe s'insère une bride dure et brune, cylindrique, grosse comme une

ficelle de petit diamètre. A droite la masse ventriculaire seule est visible au dehors. A gauche et en bas, la pointe étant naturellement en haut et un peu à droite, on voit une bosselure qui au premier abord ressemble bien à une oreillette terminée par une auricule. Telles sont les parties qui sont au dehors : la figure d'ensemble rend compte de ces dispositions générales. Autour de ces parties extérieures il n'y a pas trace de péricarde fibreux et il n'y a pas une collerette qui, en marquant la trace, s'insère au pourtour de l'orifice cutané.

Cet orifice cutané est différent suivant qu'on l'examine dans sa demi-circonférence droite ou dans sa demi-circonférence gauche.

Si l'on renverse fortement à gauche la pointe du cœur (fig. 2), on

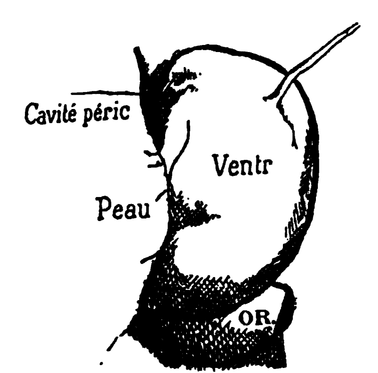


Fig. 2. — Cœur renversé à gauche. Soudure de la peau et de la masse ventriculaire. — OR. Oreillettes.

constate que sur presque toute la hauteur de la 1/2 circonférence droite, sauf à ses deux extrémités, la lèvre cutanée se continue avec la face droite du cœur ectopié. Une ligne de démarcation nette sépare la surface cutanée de la surface cardiaque, mais il y a soudure. En haut et en bas, au contraire, la masse viscérale n'adhère pas à la peau et un stylet introduit entre les deux pénètre dans le médiastin.

Cette disposition est d'une netteté plus grande encore sur la demi-circonférence de gauche, bien vue après avoir rejeté la pointe du cœur en haut et à droite (fig. 3). On constate alors entre le cœur et la peau l'existence d'une excavation dans laquelle un stylet s'engage et peut sonder les parties profondes. En dehors une lame fibreuse, sur laquelle une petite masse fait saillie, l'arrête bientôt et en suivant cette lame il contourne en haut et en bas, la masse auri-

culaire et un gros pédicule qui, partant du cœur ectopié se prolonge dans le médiastin, pédicule où l'on voit grossièrement, avant toute dissection, l'aspect de vaisseaux accolés. Cette membrane, qui est manifestement le péricarde fibreux, se continue avec la peau, au

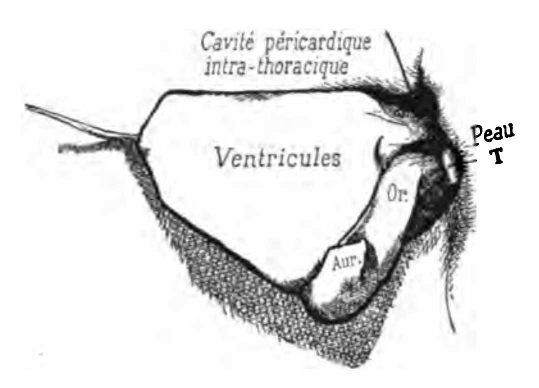


FIG. 3. — Cœur renversé à droite. — Aur. Auricule gauche. — Or. Oreillettes. — T. Petite masse qui soulève dans la profondeur le péricarde fibreux.

niveau d'une ligne qui borde l'orifice anormal de la paroi thoracique. En somme, cette exploration au stylet démontre que du rebord cutané part un péricarde séreux qui se réfléchit autour des gros vaisseaux constituant le pédicule du cœur ectopié. On ne peut pas contourner complètement ce pédicule : le stylet est arrêté à droite.

Les parois thoraciques latérales sont alors réséquées de chaque côté, de façon à avoir libre accès dans la plèvre. A gauche, rien d'anormal n'apparaît du côté du poumon, de la plèvre. Le poumon est excisé. Son hile est normal, constitué par une bronche, une artère et deux veines. A droite, au contraire, une disposition bizarre dont la fig. 4 rend compte, saute immédiatement aux yeux. Le cul-de-sac supérieur de la plèvre est divisé en deux par une cloison verticale (*p*) antéro-postérieure, à bord inférieur concave et libre. Le bord adhérent, convexe, se continue avec la plèvre pariétale : en haut, un peu au-dessous du sommet du cul-de-sac supérieur, en arrière un peu en dehors de la colonne vertébrale. Le bord libre, concave, s'imprime dans le lobe supérieur du poumon, divisé ainsi par une rainure profonde en deux lobules secondaires (*a* et *b*). Le

lobule supéro-interne (*a*) s'élève, en dedans de la cloison, dans une cavité qui remonte derrière la clavicule. Les lobes moyen et inférieur (*c* et *d*) sont normaux. Le poumon est excisé, comme au côté opposé : le hile est normal.

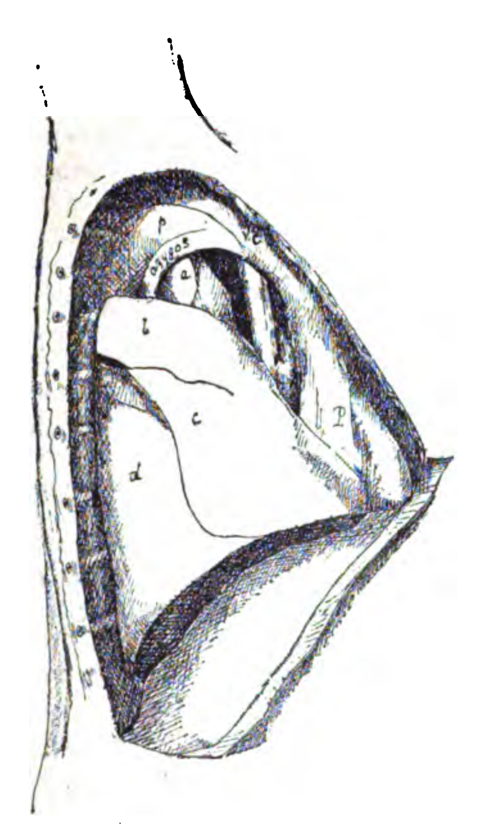


FIG. 4. — La plèvre droite. — *p*. Cloison pleurale bordée par la veine *azygos* qui va à la veine cave (*v. c.*) et s'imprime dans le poumon entre *a* et *b*. — *c*. *d*. Lobes moyen et inférieur. — *P*. Face droite du péricarde fibreux.

Le poumon une fois enlevé, il est aisé de constater que le bord libre de la cloison anormale renferme un épaississement cylindrique et, après avoir enlevé par dissection la plèvre pariétale, on voit que cet épaississement se continue, le long de la colonne vertébrale et à droite d'elle, avec la grande veine azygos. La preuve

en est vite donnée, en incisant la paroi vasculaire et en introduisant par là une soie de sanglier, qui pénètre jusque dans la veine cave supérieure (v. c.). En somme, il y a eu traction du cœur en avant ; cette traction à retenti sur la crosse de la veine azygos dont toute l'extrémité supérieure s'est éloignée du rachis, s'imprimant sur le lobe supérieur du poumon et entraînant avec elle, en un véritable méso, la plèvre pariétale qui normalement s'applique contre la paroi costo-rachidienne.

Sur cette même figure 4, on voit qu'en arrière de l'orifice anormal de la paroi thoracique, le feuillet pleural (la plèvre médiastine antérieure droite) est soulevé en P par une saillie globuleuse. Cette saillie, molle et dépressible au toucher, est constituée par l'oreillette gauche, restée à l'intérieur de la poitrine. Il est aisé de s'en rendre compte en introduisant une sonde cannelée dans la veine cave supérieure (ou plutôt dans la jugulaire interne), et une autre dans la veine cave inférieure (ouverte dans l'abdomen, derrière le foie) Les deux stylets qui sont, comme normalement, dans le prolongement l'un de l'autre, se choquent dans l'ampoule que je viens de signaler. La plèvre étant enlevée par la dissection, je vois alors qu'une couche fibreuse, sans péricarde séreux, recouvre ces parties et se fixe, en avant, à la lèvre profonde de l'orificc sternal. C'est en somme le péricarde fibreux, adhérent comme normalement à la face postérieure de l'oreillette gauche, au niveau des deux veines caves. C'est cette adhérence qui, il y a un instant, m'empêchait de faire avec le stylet le tour complet du pédicule cardiaque. Les veines caves et leurs principaux affluents sont normaux. En haut, au-dessus du sternum et du tronc veineux brachio-céphalique, au cou par conséquent, apparaît un corps arrondi, d'apparence glandulaire, se prolongeant à gauche, et qui est sans doute le thymus. ainsi que, d'ailleurs, la dissection du côté gauche le démontre.

Après avoir disséqué la plèvre médiastine gauche, on voit, en arrière, le long du rachis, l'aorte et l'œsophage normaux, derrière le hile du poumon, également normal. En avant du hile du poumon, est une loge aponévrotique qui contient le thymus, situé contre la face gauche du péricarde. Cette loge une fois fendue latéralement de bas en haut, il est aisé de constater qu'elle se continue au cou, sans démarcation aucune, avec celle du corps thyroïde. On peut donc concevoir les choses de la manière suivante. La loge fibreuse du corps thyroïde descend, médiane, jusqu'à la fourchette sternale;

là, elle présente à droite un petit renflement horizontal, et à partir de là, elle descend à gauche du péricarde, derrière le ster-

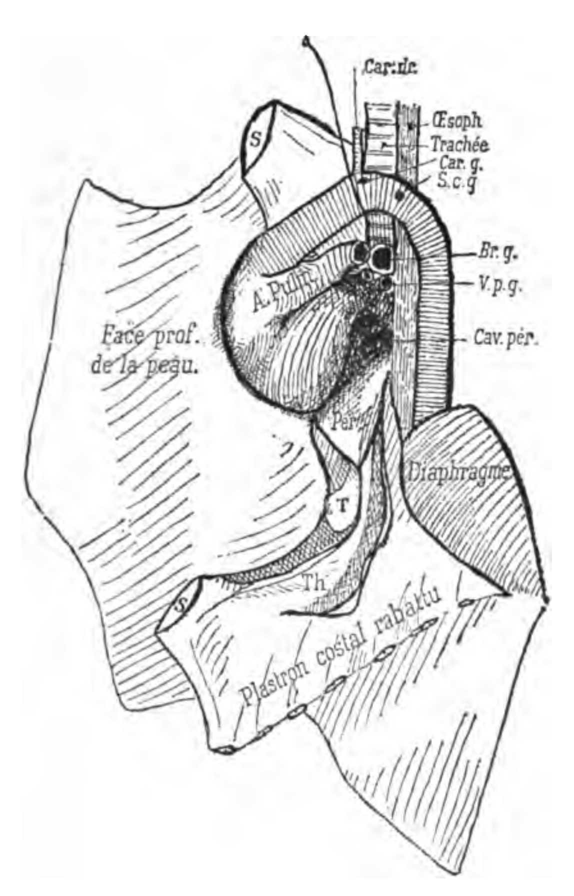


Fig. 5. — Face gauche du médiastin. — *Car. dr.* Carotide droite. — *Car. g.* et *S. c. g.* Embouchures des carotide et sous-clavière gauches. — *Br. g.* Bronche gauche. — *V. p. g.* Veines pulmonaires gauches. — *A. Pulm.* Artère pulmonaire dont l'aorte est écartée par une érigne pour montrer l'absence de canal artériel. — *Cav. pér.* Cavité péricardique. — *Per.* Péricarde fibreux sectionné à son adhérence cutanée, rabattu avec la moitié correspondante du sternum et soulevé en *T* par un paquet cellulo-adipeux (voyez T, fig. 3). — *S. S.* Surfaces de contact supérieures des deux moitiés du sternum. — *Th.* Loge du thymus.

num, sur presque toute sa hauteur. Le thymus s'allonge ainsi à gauche dans le thorax, et en haut il se recourbe en une sorte de crosse qui, passant au-dessus de l'aorte et en avant des carotides, va apparaître au côté droit du cou, ainsi qu'il a été dit à propos de la dissection du côté droit. Cette loge adhère un peu à la plèvre et au péricarde, dont on peut toutefois l'isoler par la dissection.

Cette dissection une fois achevée, la crosse de l'aorte apparaît ainsi que la bifurcation de l'artère pulmonaire. Là, deux anomalies sont à signaler : 1° la sous-clavière droite naît tout à côté de la sous-clavière gauche et de là se porte à droite en passant entre l'œsophage et le rachis. Il n'y a donc pas de tronc artériel brachio-céphalique ; 2° il a été impossible malgré la plus grande attention, de trouver un canal artériel et une fois l'aorte écartée de la portion extra-péricardique de l'artère pulmonaire, je n'ai trouvé absolument aucun orifice indiquant sur la paroi de ces vaisseaux le point où j'aurais sectionné ou arraché ce canal.

L'insertion du péricarde sur les gros vaisseaux de la base du cœur est normale. L'enveloppe fibreuse franchit la perforation sternale et va se continuer avec la peau. Sous elle est une petite masse fibro-adipeuse, saillante à l'extérieur, qui constitue la petite élevure que j'ai signalée précédemment (fig. 3 et 5, T) et qui dès lors n'a aucune importance.

Toutes les parties étant ainsi isolées, il est aisé de voir comment est constitué l'orifice anormal de la paroi thoracique. Il est absolument médian et constitué par deux bandes cartilagineuses demi-elliptiques, larges chacune de 2 à 3 millim. Ces deux bandes se touchent en haut par une surface aplatie (en S fig. 5) au niveau de laquelle elles sont un peu mobiles l'une sur l'autre ; le scalpel n'y traverse là que du tissu conjonctif assez dense. En bas, elles sont unies par l'appendice xiphoïde sur la base duquel elles se fixent. Leur bord externe reçoit, de chaque côté, les sept côtes sternales normales. Leur bord interne, mousse, est recouvert d'un périchondre auquel adhère la ligne de jonction cutanéo-péricardique.

En résumé, donc, il y a une perforation sternale médiane tout autour de laquelle s'insère une calotte fibreuse, ouverte en avant, constituée par la partie postérieure du péricarde fibreux traversée, de la façon ordinaire, par les gros vaisseaux de la base du cœur. Par l'orifice antérieur fait issue au dehors la masse ventriculaire du cœur et l'oreillette droite avec son auricule.

Etant donnée l'absence du canal artériel, il devait exister une *malformation intra-cardiaque* permettant la circulation fœtale.

La masse auriculaire a été fendue transversalement, sur toute l'étendue de sa face supérieure entre l'auricule droite, rudimen-

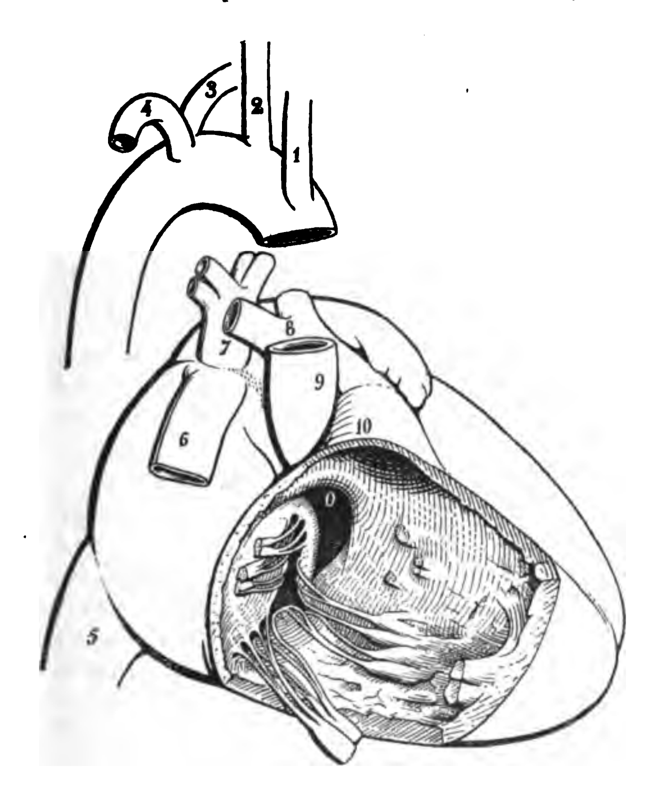


FIG. 6. (Double de grandeur naturelle.) — CŒUR ET GROS VAISSEAUX VUS DE DROITE. — Paroi antérieure du ventricule droit excisée. Quelques tendons et piliers coupés et réclinés pour montrer l'orifice O qui, à travers la cloison, fait communiquer le ventricule droit avec le ventricule gauche, proche l'orifice aortique.

1. Carotide droite. — 2. Carotide gauche. — 3. Art. sous-clavière gauche. — 4. Art. sous-clavière droite. — 5. V. cave inférieure. — 6. V. cave supérieure rabattue. — 7. Tronc commun des veines pulmonaires droites et gauches. — 8. Bifurcation de l'artère pulmonaire, sans trace de canal artériel. — 9. Origine de l'aorte. — 10. Infundibulum pulmonaire du ventricule droit.

taire, et l'auricule gauche, bien développée. Le premier fait qui frappe est l'absence de cloison inter-auriculaire. Il n'y a pas, à vrai dire, un trou de Botal, ici la cloison est représentée par un simple bourrelet à concavité supérieure. De chaque côté apparait un orifice auriculo-ventriculaire normal ; à l'extrémité droite de la cavité de l'oreillette gauche est un orifice taillé en bec de flûte, le seul que l'on trouve dans cette oreillette. Dans cet orifice débouche un tronc commun très court, presque horizontalement dirigé vers la droite, qui réunit, deux à deux, les quatre veines pulmonaires. Dans l'oreillette gauche, les embouchures des veines caves sont normales.

Après avoir fait, à mi-hauteur à peu près, une section perpendilaire à l'axe de la masse ventriculaire, j'ai introduit un stylet dans l'aorte et un autre dans l'artère pulmonaire ; j'ai exploré de la même façon les orifices auriculo-ventriculaires et les cavités ventriculaires ouvertes par en bas. Je n'ai pas tardé à être convaincu, par le choc du stylet droit et du stylet gauche, qu'il existait une communication anormale entre les deux ventricules. La paroi antérieure du ventricule droit ayant alors été largement fenêtrée, il a été évident que cette communication s'ouvrait, en haut de la cloison interventriculaire, au-dessous des sigmoïdes, normales, entre l'infundibulum et le canal aortique, au-dessous, puis en arrière du faisceau musculaire arrondi qui représente, dans le cœur droit de l'homme, le rudiment du sphincter auriculo-ventriculaire des oiseaux. Une description plus longue serait superflue étant donné la clarté si grande de la figure 6, due, je le répète, à l'habile crayon de mon maître le professeur Farabeuf, dont les conseils m'ont guidé dans l'examen anatomique de cette perforation anormale.

II. — **Crâne et cerveau.** — Au-dessus, en arrière plutôt, du front, extrêmement fuyant, est le vertex très aplati et derrière lui une saillie arrondie à peu près médiane, grosse comme une pomme d'api. A droite en avant, et au-dessous de cette première bosselure s'insère une bride amniotique, large à cette insertion, bientôt effilée en une cordelette cylindroïde. Une seconde bosselure fait saillie en bas et en arrière de cette bride. Si l'on préfère, de la ligne médiane à la nuque la moitié droite de la région pariéto-occipitale est soulevée par une volumineuse encéphalocèle, divisée en deux bosselures secondaires par un sillon très profond dans lequel s'insère, en s'élargissant, une adhérence am-

niotique. Ces deux masses sont recouvertes par un tégument tendu, parsemé de quelques taches brunâtres, privé de cheveux (il en existe sur le reste de la tête). En fendant cette enveloppe, on constate qu'elle est très amincie, et il n'y a pas de démarcation apparente entre la peau et la dure-mère, atrophiées et fusionnées.

Le contenu est formé exclusivement de substance cérébrale informe. Au reste, le séjour prolongé dans l'alcool rendait la dissection du cerveau impossible. Une incision ayant cerné la base de cette tumeur, toute cette masse est réséquée puis le squelette crânien est préparé. L'orifice anormal est situé entre les pariétaux, qui ne se touchent plus que tout à fait en avant et se prolonge en arrière aux dépens de l'écaille de l'occipital, dont la moitié droite semble absente. Elle existe il est vrai, mais très atrophiée, réduite à une simple bandelette osseuse. Le pariétal gauche présente un bord supérieur curviligne, concave.

Je n'insisterai pas davantage sur cette description que l'examen de la figure 7 remplacera avec avantage. D'autant plus que l'interprétation embryologique du fait restant obscure il est inutile de s'appesantir sur des détails fastidieux. L'orifice anormal est-il ou non médian ? Il est difficile de prendre parti. Il y a bien un sinus veineux qui, représentant le sinus longitudinal supérieur, part de la suture sagittale (S), contourne la 1/2 circonférence gauche de l'encéphalocèle (un peu au-dessus de la base, en sorte que cette portion du canal veineux a été réséquée avec la masse anormale) et aboutit en S'. Mais ce point est situé sur le pariétal et non sur le sommet de la suture lambdoïde L. De là, le sinus descend pour arriver sur l'occiput. A partir de là, il se bifurque et la branche gauche à bien, sur l'éminence jugulaire, le trajet classique du sinus latéral, de façon à aller aboutir au trou déchiré postérieur. Puis l'obscurité recommence, pour interpréter la branche droite. Elle se termine sans doute, comme un sinus latéral normal. Mais pour en arriver là elle a eu un trajet anormal autour de la 1/2 circonférence postérieure du trou occipital. De plus, on voit s'y jeter un autre sinus volumineux, qui, venu en avant de l'extrémité postérieure du sinus caverneux traverse la fosse sphénoïdale, puis contourne la base du rocher pour aller aboutir, lui aussi, au trou déchiré postérieur droit. Y a-t-il donc eu, sous l'influence de la traction pathologique, une hernie cérébrale médiane, ayant légèrement soulevé le sinus longitudinal supérieur, puis cette hernie a-t-elle été tirée à gauche,

atrophiant, déformant par cette pression la partie correspondante du squelette ? Ou bien faut-il considérer ce fait comme un exemple

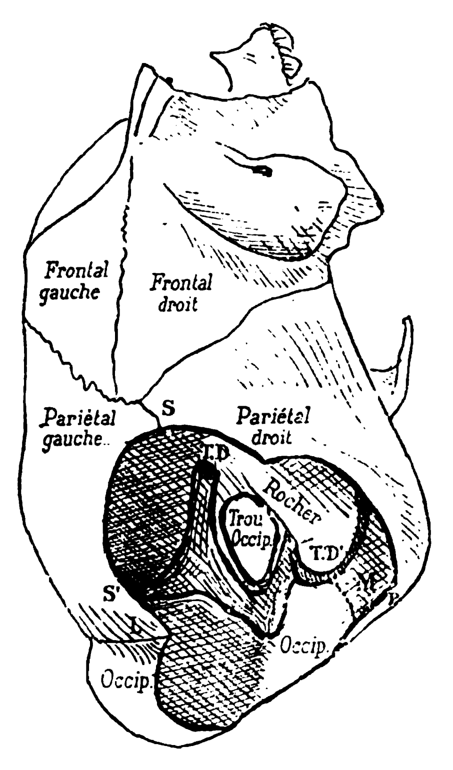


Fig. 7. — *T. D.* Trous déchirés postérieurs. — *M.* Partie mastoïdienne. — *P.* Languette du pariétal droit. — *S.* Suture lambdoïde. — *S'.* Sinus longitudinal supérieur. — *L.* Suture lambdoïde.

d'orifice purement latéral ? Il serait peut être imprudent de prendre parti. Au reste ces pièces où les actions mécaniques sont intenses se prêtent mal à l'étude des arrêts de développement typiques.

III. — Bec-de-lièvre. — La pièce a été déjà décrite à ce point de vue dans mon mémoire sur le bec-de-lièvre (*Annales de gynécologie*, 1887, t. II ; obs. XIV). La rugination du crâne étant achevée, il y a quelques détails à ajouter : 1° sur la pièce purement squelettique on remarque que le canal palatin antérieur gauche est ou-

vert et il devient évident que la dent surnuméraire pointue que j'ai signalée de ce côté en dehors de l'incisive latérale du tubercule médian, est sur la lèvre externe de la fente osseuse et non à la racine du pédicule. Elle appartient donc à l'exognathion et dès lors c'est une seconde pièce d'incisive précanine supplémentaire. J'en ai en effet disséqué une autre (*loc. cit*, obs. XIII). A droite, le canal palatin antérieur est bien conformé, et du côté des fosses-nasales, et du côté de la voûte palatine. De plus, on voit du côté droit les deux sutures endo-mésognathique et méso-exognathique. Le fait est certain pour la suture endo-mésognathique que l'on voit, au bord alvéolaire, passer entre l'incisive moyenne et la pré-canine pour aller au rebord alvéolaire. La suture méso-exognatique est un peu anormale car elle ne se branche pas sur la précédente, mais part de la ligne médiane à la partie postérieure du trou palatin. La suture incisive n'est donc pas ici une suture en Y, mais il y a deux lignes parallèles. Le point important est qu'à son extrémité externe cette suture aboutit entre l'incisive précanine et la canine. Ce fait a quelque intérêt à propos d'une discussion récemment soulevée par Warynski (*Arch. de Virchow*, 1888) mais je ne veux pas le commenter ici.

IV. — **Muscle anormal du cou.** — C'est un petit muscle médian,

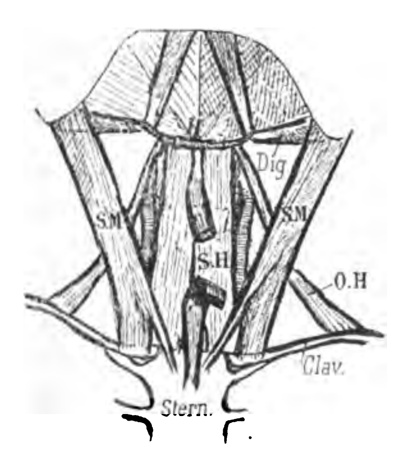


FIG. 8. — *S. M.* Sterno-mastoïdien. — *S. H.* Sterno-hyoïdien. — *O. H.* Omo-hyoïdien. — *H.* Os hyoïde. — Le muscle anormal, médian, est sectionné et le chef inférieur est un peu rabattu.

sterno-hyoïdien superficiel, allant de la face antérieure du sternum, entre les deux sterno-mastoïdiens, à la ligne médiane de l'hyoïde, entre les deux sterno-cleido-hyoïdiens. Je n'ai pas trouvé de faisceau semblable décrit dans le livre de Testut ; mon maître Farabeuf n'en a pas rencontré dans ces nombreuses dissections. Je me borne à enregistrer le fait (fig. 8).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

TROISIÈME CONGRÈS TENU A FRIBOURG, PAR LA SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ALLEMANDE

Du 12 *au* 14 *juin* 1889. (*Suite.*)

BATTLEHNER (Karlsruhe). **De quelle manière et avec quel agent la sage-femme doit-elle chez une parturiente appliquer la méthode antiseptique ?** — Les médecins, sur l'ensemble des accouchements n'en font pas plus de 5 p. 0/0. Les autres sont dirigés par des sages-femmes. Or, il a remarqué que, lorsque dans une même localité où exercent plusieurs sages-femmes, surviennent des affections puerpérales, ces cas appartiennent à la pratique de la même sage-femme, et en particulier, d'une de celles qui ne veulent pas s'astreindre à l'usage des lavages et des injections. A son avis, *aussi longtemps que les sages-femmes se livreront sur leur clientes à des examens internes, il importera de leur permettre l'usage des lavages et des injections vaginales antiseptiques.*

MERMANN (Mannheim). **De l'inutilité et des dangers de la désinfection interne dans les accouchements normaux.** — L'auteur estime que les lavages vaginaux, tels qu'ils sont habituellement faits par les sages-femmes, ne représentent qu'une antisepsie apparente. Certaines notions auxquelles elles obéissent en les faisant, créent même un danger. Ainsi, on leur a enseigné d'user pour ces lavages de solutions qui, à vrai dire, sont des antiseptiques insuffisants. Or, elles arrivent à la conviction que ces solutions sont parfaitement efficaces, et par suite, elles négligent d'obtenir une propreté rigoureuse des mains. En résumé, compris de cette manière, ces lavages internes sont, non seulement inutiles, mais dangereux

DOHRN. **Du mécanisme de la respiration chez le nouveau-né.** — Résultats de recherches entreprises, depuis un an, par l'auteur et son assistant AECKERLEIN.

1) La respiration du nouveau-né est essentiellement thoracique.

2) L'ampliation du thorax commence dans sa portion supérieure, elle se continue ensuite par en bas, principalement dans l'inspiration forcée.

3) Dans l'inspiration moyenne, la quantité d'air inspiré par le nouveau-né est de 35 c. c. Or, avec l'expiration la plus forte, le volume total de la masse gazeuse est de 120 c. c. Ces 2 chiffres sont à peu près entre eux comme 1 est à 4 ; tandis que chez l'adulte les chiffres correspondants sont entre eux comme 1 est à 10.

4) La quantité d'air inspiré par le fœtus le premier jour de la vie extra-utérine est faible, elle augmente ensuite jusqu'au 3e jour, et s'abaisse alors durant quelques jours, pour augmenter de nouveau.

5) D'une manière générale, les poumons ne s'emplissent pas d'air avec les premières inspirations, les alvéoles ne se déplissent que le 2e jour (importance médico-légale de ce fait).

6) Les courbes de la respiration chez les nouveau-nés ne présentent aucune solution de continuité. La respiration étant tranquille, la ligne de l'inspiration monte d'une manière régulière, celle de l'expiration descend obliquement.

En d'autres cas, la courbe monte brusquement, descend tout d'un coup, et suit un certain temps un trajet horizontal. Toutefois, à un examen minutieux, on reconnaît que là même où, à première vue, elle paraît horizontale, il existe de faibles oscillations, qui correspondent évidemment à de petites quantités d'air inspiré. Il en arrive surtout ainsi quand il s'agit de nouveau-nés venus en état de mort apparente. L'appareil enregistre de faibles mouvements respiratoires qui échappent à l'œil nu.

WERTH (Kiel). **De la tuberculose génitale.** — L'auteur n'envisage que la tuberculose génitale accessible au traitement chirurgical, essentiellement la tuberculose des trompes. Or, les indications de l'intervention demandent encore à être plus nettement déterminées. On peut admettre 2 variétés de tuberculose tubaire : 1) T. *tubaire représentant une détermination locale d'une tuberculose générale* ; 2) T. *tubaire méritant d'être tenue pour une*

phlegmasie tuberculeuse chronique. Dans le 1er cas, l'examen histologique révèle une dégénérescence caséeuse avancée, intéressant musculeuse et séreuse ; de plus, le contenu de la trompe renferme de nombreux bacilles. Dans la 2e forme, on constate des cellules épithéliales typiques, un épaississement marqué des parois de la trompe, et le contenu de celle-ci ne contient que très peu de bacilles. Les dimensions de la trompe sont augmentées, non seulement du fait de l'épaississement des parois, mais par la présence du liquide qu'elle contient, lequel en général présente les caractères du pus tuberculeux. En certains cas, la trompe finit par former des tumeurs considérables. Suit la relation de 2 opérations. Le pronostic est difficile à établir. Quand la tuberculose est limitée aux trompes, leur extirpation est justifiée. Mais, quand il existe, conjointement, de la tuberculose péritonéale et de l'ascite, l'auteur, contrairement à Hégar, estime qu'il est préférable de laisser les trompes en place, et de se contenter d'évacuer, après laparotomie, le liquide ascitique. Il arrive même, qu'après une évacuation incomplète de celui-ci, le liquide restant est résorbé.

SONNTAG (Fribourg). — Le présentateur montre 10 **cas d'opérations plastiques sur les organes génitaux**, faites d'après les procédés de Hégar, Freund, Simpson et Tait-Sänger. Incidemment, il expose ses idées sur la valeur respective de ces diverses méthodes. Sur 292 opérations, 256 fois il a fait l'avivement et la suture suivant la technique indiquée par Hégar, *pas d'insuccès* ; 6 fois, il a suivi la méthode de Freund, *un* insuccès ; 2 fois celle de Martin. Pour les opérations à lambeaux sur le périnée, il a appliqué 9 fois le procédé de Sänger, 2 fois celui de Zweifel, 2 fois celui de Frank.

WIEDOW (Fribourg) présente une **femme guérie, par la laparotomie, d'une rupture spontanée de l'utérus, survenue au cours du travail et coïncidant avec une hydrocéphalie fœtale**. Rupture survenue 48 heures environ après le début du travail. Laparotomie 14 heures après la production de la déchirure. Extraction de l'enfant, sorti complètement hors de l'utérus. Constatation d'une déchirure allant presque du fond de l'utérus jusqu'au col, siégeant un peu en arrière et sur le côté droit de la matrice. Le feuillet postérieur du ligament large était également déchiré. Par cette déchirure, on fit passer une bande de gaze iodoformée, qui, à travers le cul-de-sac du vagin, vint ressortir par le conduit vaginal de façon à assurer le drainage. Lavage de la cavité abdominale avec de l'eau



chaude et toilette avec de la gaze stérilisée. Ablation de l'utérus, et traitement extra-péritonéal du pédicule. *Guérison*, après quelques élévations thermiques, et apparition, la 6e semaine après l'intervention, d'une phlébite de la veine fémorale gauche.

KEHRER (Heidelberg). **Femme guérie d'une rupture utérine.** — Rupture survenue au cours d'une version pratiquée, à cause du défaut d'engagement de la tête, dans un bassin oblique ovalaire. Amputation de l'utérus, d'après la méthode de Porro. *Guérison*.

WIEDOW (Fribourg). a) **Pièce provenant d'une grossesse tubaire, venue presque à terme, et traitée par la laparotomie.** — IIpare, âgée de 36 ans. Avant l'opération, accidents péritonitiques. Laparotomie et extirpation, laborieuse par suite d'adhérences étendues du sac fœtal. *Guérison*.

b) 2 **femmes chez lesquelles il a pratiqué la résection du sacrum.** Dans un cas il s'agissait d'abcès tubaire, bilatéral; dans l'autre d'un carcinome du corps de l'utérus. (Les observations sont *in extenso* in *Berlin. Klin. Wochenschrift,* 1889, no 10 et *in Munch. med. Wochenschrift*, 1889, no 14.

WINCKEL (Munich). **Grossesse extra-utérine traitée par les injections de morphine dans le sac fœtal.** La femme présentée par Winckel, eut sa 1re injection de morphine le 12 février. Immédiatement après, violentes douleurs abdominales, et accroissement de la tumeur. 8 jours plus tard, 2e injection qui fut suivie d'une diminution du sac. Le 1er mars, la femme, déjà guérie, reprenait ses occupations. A l'heure actuelle, on sent encore, comme vestige du sac, une toute petite tumeur. En tout, Winckel compte 9 cas traités avec succès par les injections de morphine. Il injecte d'abord 0,03 centigrammes de morphine, et répète cette injection 8 jours après, si le sac ne s'est pas ratatiné dans l'intervalle. Jamais jusqu'à présent, il n'y a eu nécessité de faire une 3e injection.

FEHLING (Bâle) présente **deux femmes guéries de l'ostéomalacie par la castration.**

BENCKISER (Karlsruhe). **Éponges et catgut,** rendus absolument stériles par leur exposition, durant deux heures, dans une étuve, à une chaleur sèche de 140°. Le catgut devient plus résistant, plus dur, mais non cassable.

ZIEGENSPECK (Munich) démontre sur un cas de prolapsus utérin a **méthode de traitement par le massage (méthode de Thure-Brandt).**

ELISCHER (Budapesth). **2 calculs vésicaux enlevés après section**




urétro-vaginale. — Préalablement, on avait essayé d'extraire les pierres après dilatation de l'urèthre, mais sans succès. Réunion par première intention.

SÄNGER (Leipzig). **Nouvelle communication sur la périnéorrhaphie à lambeaux.** — L'auteur a pratiqué 71 fois la périnéorrhaphie à lambeaux, 10 fois pour déchirure complète, 17 fois pour déchirure incomplète du 2e et 3e degré sans prolapsus du vagin, 39 fois avec prolapsus du vagin. En outre, on dut faire 24 fois la colporrhaphie antérieure, 4 fois la colporrhaphie postérieure, et 16 fois les deux opérations. Antérieurement à ces opérations, on rácla 49 fois la muqueuse de l'utérus, 25 fois on amputa la portion vaginale ou on pratiqua l'excision du col ; pour 10 cas enfin, on avait pratiqué déjà l'opération d'Emmet. Jamais on n'eut d'insuccès avec l'opération à lambeaux. Ce procédé remet le périnée dans sa disposition anatomique antérieure, et cela, sans nouvelle perte de substance. Le lambeau est taillé aux dépens de la cicatrice actuelle, et n'est pas réséqué. On l'utilise pour la consolidation du périnée, et il s'unit rapidement, parce que, la plupart du temps, il possède un réseau vasculaire aussi riche que le tissu normal. La guérison par ce procédé n'est si prompte que parce qu'on réunit seulement du tégument externe, et non des muqueuses. Pour les sutures, il donne la préférence au fil d'argent.

VEIT (Berlin). **Traitement de la grossesse extra-utérine.** — L'auteur ne s'occupe que de la *grossesse extra-utérine des* 5 *premiers mois*. Dans cette période de la gestation, tous les kystes fœtaux peuvent être enlevés en totalité. La possibilité de grossesses extra-utérines, primitivement abdominales, n'est pas encore démontrée. Quant à la grossesse ovarique, elle se produit, et dans le cas de kyste fœtal, celui-ci est justifiable de l'intervention chirurgicale comme les autres tumeurs ovariques.

La seule circonstance qui rend l'extirpation difficile, à savoir le développement ou la rupture du kyste fœtal entre les ligaments larges, commence seulement vers cette époque, et, par conséquent, ne mérite pas encore d'être prise en considération.

En ce qui concerne le *diagnostic*, il est clair qu'il comporte quelque incertitude, puisque, à ce moment, les signes de certitude de la grossesse manquent en beaucoup de cas. Quant à la question de décider si l'enfant est vivant ou mort, on ne peut y répondre qu'avec un certain degré de probabilité. N'est-il survenu qu'une

seule hémorrhagie, ou bien l'expulsion d'une caduque, ce sont là des faits compatibles avec la survie de l'enfant. Au contraire, les hémorrhagies se répètent-elles, les crises douloureuses se prolongent-elles, il y a grande vraisemblance que l'enfant a déjà succombé.

Sous le rapport du *traitement*, il importe de tenir compte de diverses particularités. La grossesse extra-utérine évolue-t-elle d'une manière normale, il y a indication à l'interrompre (injection de morphine, extirpation du sac après laparotomie. L'efficacité de l'emploi de l'électricité est problématique).

Le kyste fœtal s'est-il rompu dans la cavité abdominale, au milieu de phénomènes mettant l'existence en péril, même dans ces conditions il convient de distinguer entre les cas. Dès qu'on a la sensation nette d'une tumeur enkystée, ou bien de la présence de l'œuf dans la trompe, il y a grande probabilité en faveur d'une guérison spontanée, et l'on doit, toutes choses étant d'ailleurs prêtes pour la laparotomie, surveiller et attendre. Par contre, étant donnée une hémorrhagie, l'exploration ne laissant rien constater qui ressemble à une tumeur, et les symptômes généraux étant de nature à inspirer des craintes, il faut faire la laparotomie. L'œuf est-il mort dans la trompe, on doit en général attendre. Toutefois, même après la mort de l'œuf, des complications sérieuses peuvent se produire : rupture du kyste dans l'abdomen, expulsion de l'œuf par l'orifice tubaire abdominal, accumulation de liquide dans la trompe entre l'œuf et l'*ostium uterinum*, pelvi-péritonite, crises douloureuses. En pareille occurrence, le chirurgien doit par des moyens appropriés, par le repos, tâcher de combattre ces accidents, et, au cas de non réussite, la laparotomie s'impose.

Werth (Kiel). **Du traitement de la grossesse extra-utérine.** — Même dans les dernières périodes de la gestation, on trouve, très fréquemment, des grossesses tubaires. Et l'on a émis l'hypothèse, qu'il n'existait, peut-être en fait de grossesses extra-utérines que des grossesses tubaires. Le kyste fœtal se développe, très souvent, entre les feuillets des ligaments larges.

Le traitement de la grossesse extra-utérine correspondant à la seconde moitié de la gestation, s'est de beaucoup perfectionné ces derniers temps. Il y a 9 ans, Litzmann ne put mettre en ligne de compte qu'un seul cas à issue heureuse. De 1880 à 1887, 7 cas se terminèrent par la mort. Par contre, durant les 2 dernières années,

il s'est produit 9 cas, dont 2 seulement entraînèrent la mort de la femme.

L'intervention ne doit pas être influencée par la considération de l'état de vie ou de mort de l'enfant ; car, son existence est, dans la plupart des cas, définitivement compromise. De plus, il importe de ne pas trop retarder l'intervention, parce que les retards ne sont que trop souvent l'occasion de manœuvres dangereuses, propres à déterminer l'infection (manœuvres intra-utérines, cathétérisme).

L'intervention s'est de beaucoup améliorée par le seul fait qu'elle est devenue radicale et qu'on entreprend l'extirpation totale du sac ; toutefois, cette extirpation totale ne s'applique qu'à un nombre restreint de cas. La plupart du temps, en effet, les adhérences sont trop étendues.

Le traitement du placenta représente un point essentiel de l'intervention. L'auteur conseille de saupoudrer l'arrière-faix avec un mélange d'acide salicylique et de tannin (d'après Freund), tout en émettant cependant des réserves touchant les propriétés hémostatiques du mélange. Un autre procédé consiste à abandonner le placenta dans le ventre et à assurer le drainage. Mais, toutes les fois qu'on le peut, il faut tout de suite enlever le délivre. L'opération par le vagin n'est indiquée que dans des conditions anatomiques tout à fait favorables ; c'est un procédé incertain, recommandable seulement dans les cas où il existe déjà de la suppuration.

FROMMEL. **Du mécanisme de l'accouchement dans les présentations du sommet.** — Dans le congrès, tenu l'année précédente à Halle, Olshausen avait émis l'opinion, basée sur l'observation clinique, que la rotation de la tête en avant est précédée de la rotation du tronc, et que la première est en quelque sorte effet de la seconde ; or, ayant institué des recherches sur le même sujet, Frommel a constaté, au contraire, que dans la majorité des cas, c'est la tête qui tourne d'abord en avant, et que le tronc suit ce mouvement.

WIEDOW (Fribourg) **Des abcès pelviens.** — En présence d'une tuméfaction pelvienne inflammatoire, cette double question se pose : *a*) est-elle extra ou intra-péritonéale ; *b*) est-elle ou n'est-elle pas suppurée ? Les 2 questions, surtout la seconde, comportent de grandes difficultés. En général, les signes physiques de la suppuration n'existent que là où le pus s'est déjà frayé une voie vers

les régions superficielles, ou lorsqu'il a envahi les organes creux Parfois, les renseignements anatomiques et l'évolution clinique de l'affection fournissent les éléments du diagnostic.

Il faut intervenir chirurgicalement, soit que la suppuration est formellement constatée, soit que les phénomènes généraux mettent en péril l'existence. Au point de vue de l'intervention, les abcès peuvent être classés en 3 groupes.

1° Abcès, où le pus est immédiatement situé au-dessous de la peau ou des muqueuses ;

2° Abcès, où le pus est collecté profondément dans le bassin ;

3° Abcès fistuleux.

Dans le 1er cas, incision et drainage. Il importe d'établir, toujours, une contre-ouverture. Pour les abcès profonds, intra-péritonéaux, on peut arriver sur la collection purulente, soit par la paroi abdominale, après laparotomie (ouverture en 2 temps), soit par la paroi postérieure du bassin, après résection du sacrum. Dans le cas d'abcès profonds, extra-péritonéaux, il est possible de les atteindre à travers la fosse ischio-rectale ; ou bien, suivant la méthode actuellement conseillée par Zuckerkandl pour l'extirpation de l'utérus, on les attaque par le périnée.

Contre les abcès fistuleux, on tâchera, à l'aide d'une de ces méthodes, d'arriver jusqu'au foyer primitif, et d'obtenir la guérison par la création d'une contre-ouverture et par le drainage.

Veit (Berlin). **De la technique de l'opération césarienne.** — L'auteur touche à deux points de la section césarienne : a) *la suture ;* b) le *moment opportun pour intervenir.* — D'expériences faites sur les animaux, et en particulier d'une opération césarienne faite sur une guenon pleine, l'auteur est d'avis qu'il est inutile, pour le résultat définitif, de faire la suture séro-séreuse. Il suffit, pour que les bords du péritoine se soudent, de bien réunir les tissus sous-jacents ; l'union séreuse s'accomplit en 4-5 jours, grâce à une néoformation cellulaire.

Quant au moment opportun pour opérer, il croit que, d'une manière générale, il est préférable d'attendre l'apparition de douleurs énergiques ; et cela, dans le but d'éviter des hémorrhagies secondaires.

Discussion : Sänger. Les expériences de Veit sur l'utérus d'une guenon n'ont aucune valeur déductive par rapport à l'utérus de la femme. Les organes ne sont pas comparables. D'autre part, il

importe beaucoup de recouvrir la plaie utérine avec une mince couche de séreuse, exactement fermée. Sänger n'a jamais cherché un retournement considérable du péritoine; c'est à peine s'il cherche à obtenir un repli de 1 ou 2 millim. Cela suffit pour assurer une occlusion parfaite. Il ne faut pas voir dans la suture séro-séreuse, une sorte de « *tour de force opératoire* ». Fritsch pense que si l'on abandonne la suture séro-séreuse, l'opération actuelle n'est plus que l'équivalent de l'ancienne opération césarienne. C'est là une erreur! A défaut d'un minimum de 15 sutures, la plaie d'un utérus ayant donné passage à un enfant à terme, ne se réunira pas. Pour lui, il continuera à faire la suture séro-séreuse.

Léopold. Sur une série d'opérées, Léopold en a perdu trois. Dans les trois cas, on s'est soigneusement rendu compte de l'état de la suture, et il est convaincu que la suture séro-séreuse assure une occlusion parfaite. Toutefois, il pense qu'il n'est pas indispensable d'y avoir toujours recours, et que, somme toute, l'essentiel consiste à apposer exactement les deux bords de la plaie. A propos du moment de choix pour opérer, Léopold cite le cas d'une femme qui mourut d'hémorrhagie abdominale secondaire, et chez laquelle il avait pratiqué l'opération environ 6 heures après l'apparition des douleurs, d'ailleurs peu énergiques. Opération régulière. Suture utérine profonde, solide. Compression par un lien élastique, pendant seulement 5 minutes. Après l'enlèvement du lien, contraction énergique de l'utérus. A l'autopsie, on trouva 3/4 de litre de sang dans l'abdomen. Le sang avait dû s'échapper dans le ventre à travers la plaie utérine, à la faveur de la faiblesse des contractions initiales.

(*A suivre.*) R. L.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 *juillet* 1889.

Présentation. Tarnier. **Femme et quatre jumelles dont elle est accouchée 2 mois 1/2 auparavant.** — Les quatre jumelles sont vivantes. Femme âgée de 29 ans. L'une des sœurs a eu 2 jumeaux, son grand-père paternel était un jumeau. Cette femme est accouchée le 21 avril 1885 de 2 jumeaux ; une 2e fois le 15 novembre 1886, d'un garçon. Dernier accouchement, le 11 mai 1889.

Première jumelle, née à midi et demi. Présentation du sommet. Poids. 1900 grammes ; longueur 47 centim.

2e jumelle née à 2 heures 1/2 de l'après-midi. Présentation du siège. P. 1580 gr. L. 44 centim.

3e jumelle, née à 3 heures du soir. Sommet. P. 2100 gr. L. 49 centim.

4e jumelle, née à 5 heures 1/2 du soir. Présentation de l'épaule droite ayant nécessité la version. P. 2600 gr. L. 49 centim.

Chacun des enfants était contenu dans une poche séparée. Poids de l'arrière-faix. 1580 grammes.

En additionnant les poids des 4 jumelles, du délivre, et celui du liquide amniotique approximativement évalué d'après la quantité (11 à 12 litres), on obtient un poids de 20 kilogrammes.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 23 mars 1885.

Présentations : ORTHMANN. — **Grossesse tubaire gauche**, laparotomie, guérison. Femme âgée de 32 ans. 12 années auparavant un avortement. Fin novembre 1889, dernières règles normales. Le 25 décembre, à l'époque menstruelle attendue, apparition d'hémorrhagies qui se répètent à de courts intervalles, et qui finissent par devenir à peu près continues. Le 25 février 1889, *laparotomie*. A gauche de l'utérus, on trouve une tumeur qui avait contracté de faibles adhérences avec les organes environnants, qu'on peut aisément isoler et enlever. *Convalescence parfaite*. La femme, parfaitement guérie, quittait l'hôpital le 14 mars. L'examen démontra qu'il s'agissait d'une tumeur ovulaire, de 2 ou 3 mois, le microscope permit de constater la transformation en caduque de la muqueuse de la trompe et la présence de villosités.

VEIT. — **Pyo-salpingite** plus grosse que le poing. La tumeur enlevée quelques jours auparavant, présente sur sa portion interne des nodules plus gros que des lentilles, et de petites nodosités blanchâtres. L'idée qu'il s'agissait de dégénérescence tuberculeuse, ne fut confirmée ni par l'examen histologique, ni par l'examen bactériologique. Au cours de l'opération, il s'échappa dans l'abdomen du pus fétide. Du côté opposé, il existait une hydro-salpingite simple. *Guérison*, sans accidents notables.

SCHAEFFER. — **De la migration intra-utérine de l'œuf humain** (1). L'auteur étudie les conditions spéciales qui assurent le passage de l'ovule dans l'utérus, et il montre que ces conditions (le mouvement péristaltique des fibres musculaires, direction du mouvement imprimé par les cils vibratiles), sont au contraire incompatibles avec cette prétendue transmigration intra-utérine, qui consisterait dans une série d'actes à la faveur desquels, l'ovule, parvenu d'une trompe dans l'utérus, au lieu de s'arrêter dans un des points où il séjourne habituellement, continuerait son cheminement, et pénétrerait dans la trompe opposée. Il rappelle ensuite succinctement les quatre observations publiées de cette prétendue transmigration (Kussmaul, Schultze, Wyder, Hassfurther), les analyse et conclut de la manière suivante :

1) *Les considérations théoriques et physiques plaident contre la possibilité de la migration intra-utérine de l'ovule ;* 2) *il n'existe pas, à l'heure actuelle, une seule observation indiscutable en faveur de cette migration.* R. L.

REVUE ANALYTIQUE

I. — OPÉRATION CÉSARIENNE

Les résultats les plus récents de l'opération césarienne conservatrice avec suture utérine, méthode de Sänger et autres procédés de suture (Die neuesten Ergebnisse des conservativen Kaiserchnittes mit Uterusnaht, nach. Sanger's Methode und anderen Nahtverfahren), par F. CARUSO, Leipzig, 1889.

L'auteur a, pour ainsi dire, continué le travail statistique de Crédé (2). Celui-ci avait réuni 50 observations d'opération césarienne suivant la nouvelle méthode. Au 1er octobre 1888, ce nombre s'est élevé à 135, soit 85 cas nouveaux. Ces 85 cas nouveaux, Caruso les présente dans un tableau synoptique, où, bien entendu, ne sont consignés que les détails les plus caractéristiques de chacun d'eux. Ce tableau est précédé de la relation détaillée de deux cas d'opérations césariennes, pratiquées, pour indication relative,

(1) On trouvera ce mémoire *in extenso*, in *Zeit. f. Geb. u. Gynäk.*, 1889, Bd XVII. Hft 1, p. 13.

(2) *Arch. f. Gyn.* Bd XXX. Hft 2.

l'une par Sänger, l'autre par Zweifel; avec double succès pour la mère et pour l'enfant. Malheureusement, dans le cas de Zweifel, l'enfant, né avant terme et qui à sa naissance pesait 2950 grammes, succomba un peu plus d'un mois après. L'auteur fait observer qu'il a également connaissance de quelques autres opérations césariennes, et il donne séparément le résumé de plusieurs, mais il n'a pas voulu les consigner dans le tableau, pour la raison que, dans leur exécution, les opérateurs se sont écartés de certains principes essentiels à l'opération de Sänger.

« Indépendamment, dit-il, de la dissection de la séreuse et de la résection de la musculeuse, temps de l'opération que Sänger ne conseillait pas pour tous les cas et dont il s'est lui-même départi dans la suite, il faut entendre sous la dénomination de suture de l'utérus suivant la méthode de Sänger (1) un procédé de suture qui, à l'époque où il fut proposé par Sänger, réalisait les principales conditions que voici : 1) antisepsie rigoureuse ; 2) sutures aussi rapprochées que possible (superficielles et profondes) ; 3) sutures profondes n'intéressant pas la caduque ; 4) renversement en dedans de la séreuse (d'après la méthode de suture de l'intestin de Lambert) ; 5) emploi d'une substance non ou difficilement résorbable (argent et soie), tant que l'on n'aura pas découvert une substance sûre, de nature animale, et résorbable dans un temps convenable. »

D'autre part, avant d'entrer dans la partie analytique et originale de son travail, Caruso revient aux 50 cas contenus dans le mémoire de Crédé, et en complète plusieurs par des données relatives à l'état du bassin, données qui manquaient à Crédé. Il montre que ces données apportent quelques modifications, non seulement dans le groupement de ces cas suivant qu'il y avait indication absolue ou relative, mais aussi dans les chiffres qui expriment la mortalité par rapport à ces deux ordres d'indication. En fait, sur 12 cas d'indication absolue, il y eut 5 morts, soit une mortalité de 41,6 p. 0/0; sur 29 cas d'indication relative, 4 morts, soit une mortalité de 13,7 p. 0/0.

« J'ai tenu pour indispensable, écrit-il, de ramener l'attention sur ces chiffres, pour montrer, que déjà dans le travail statisti-

(1) Nous conseillons au lecteur de se reporter à l'intéressant et consciencieux travail publié dans ce journal par M. Potocki. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1889. Nos mars, avril, mai, juin.

que de Crédé la mortalité maternelle, dans le cas d'indication relative de l'opération césarienne, s'élève un peu au-dessus de 7.1 p. 0/0. Je l'ai fait dans le but d'éviter qu'on ne pense que les chiffres correspondants de ma statistique impliquent une aggravation du pronostic de l'opération césarienne dans l'indication susdite (relative). Ces remarques faites, Caruso aborde l'analyse des 135 cas ;

En ce qui concerne les mères, il y a eu 99 guérisons = 74,44 p. 0/0, et 34 morts = 25,56 p. 0/0. Quant aux enfants, 122 = 91,73 p. 0/0 naquirent vivants, et 11 = 8,27 vinrent morts nés.

Dans 3 cas (n[os] 95, 132, 134 du tableau), la mortalité fut nulle pour les mères et les enfants.

Les observations se répartissent de la manière suivante, suivant les différents pays.

	OPÉRATIONS	FEMMES GUÉRIES	MORTES	ENFANTS VIVANTS	MORTS
Allemagne	74	63	11	69	5
États-Unis	18	8	10	14	4
Autriche	16	12	4	15	1
Russie	8	5	3	8	»
Italie	4	2	2	4	»
France	4	2	2	4	»
Pays-Bas	4	4	—	4	»
Angleterre	2	—	2	2	»
Suisse	2	1	1	2	»
Indes	2	1	1	1	1
Danemark	1	1	—	1	»

Il est facile, par l'examen de ces chiffres, de s'assurer que la mortalité diffère beaucoup suivant les pays, de même que des statistiques personnelles montrent qu'il en a été de même suivant les opérateurs, ainsi :

Léopold	16	opérations ;	mortalité maternelle	= 18,7	p. 0/0
Korn	7	—	—	= 0	—
Schauta	6	—	—	= 0	—
Sänger	5	—	—	= 0	—
Zweifel	5	—	—	= 0	—
Braun (G.)	4	—	—	= 0	—
Hégar	4	—	—	= 0	—
Lusk	3	—	—	= 0	—

Les causes de mort, quant à la mortalité maternelle, sont classées comme il suit :

A) *Cas dans lesquels la mort est survenue comme conséquence d'une infection septique.* Ces cas se subdivisent eux-mêmes en 3 groupes :

a) Cas où l'infection était antérieure à l'opération, cas de Léopold, de Munster, de Drysdale, de Breisky, d'Eichholz, de Meinert ; en tout : 6.

b) Ceux dans lesquels l'infection s'est faite au moment de l'opération ; ici encore 3 subdivisions : 1) femmes bien portantes auparavant ; 2) femmes déjà gravement malades ; 3) femmes déjà épuisées par un accouchement prolongé et par des tentatives antérieures d'accouchement.

c) Cas dans lesquels l'infection s'est produite après l'opération (fait unique d'Ohage). L'infection fut transmise par une garde-malade, qui donnait des soins à un enfant atteint d'une forme grave de diphtérie.

B) *Cas dans lesquels la mort fut la conséquence indirecte de maladies graves par l'influence défavorable qu'elles eurent sur l'opération* (cas de Beumer, Garrigues, Breisky, Cullingworth, Léopold, Slawjansky, Chiara, Vorment, Etheridge, Polk), en tout 9.

C) *Cas dans lesquels la mort fut causée par hémorrhagie par inertie utérine* (cas de Veit et de Doléris) (1).

D'une manière générale, dans les cas où l'autopsie fut faite, on trouva la plaie utérine réunie. Dans les quelques cas, où cette réunion n'existait pas, cela dut être rapporté soit à l'infection de la plaie utérine (cas de Merkel, de Léopold et de Bar) ou à la dégénérescence de la paroi utérine (cas de Drysdale).

Dans deux cas, on a pu attribuer la mort au procédé lui-même,

(1) Dans un seul cas, la cause de la mort ne put être précisée (cas d'Arnott). La femme de laquelle il s'agit, était déjà affaiblie. Son pouls était à 140, et elle avait des contractions tétaniques. Le 4e jour, après l'opération, son état général était bon, mais, à ce moment, il survint de la fièvre, la température monta à 39°,9 ; les articulations coxo-fémorales devinrent douloureuses et se tuméfièrent, puis le coma apparut. *Mort*, 5 jours 1/2 environ après l'opération. L'autopsie, qui dut être bornée à l'examen du bas-ventre, permit de constater que la plaie utérine était parfaitement réunie, et qu'il n'y avait rien de particulier ni du côté de l'utérus ni du côté des annexes. Vraisemblablement, il s'était fait une embolie pulmonaire.

accusant le lien élastique d'avoir amené l'inertie utérine et, indirectement, l'hémorrhagie mortelle (cas de Veit et de Doléris). Il est de fait, qu'avant eux, plusieurs opérateurs avaient eu également à lutter contre des hémorrhagies de même nature (Freund, Fasola, Parish, Johannovski, Schrœder, Hofmeier, Zweifel, Lebedeff, Ahlfeld), et qu'en particulier, Freund et Fasola avaient paré aux graves dangers créés par l'hémorrhagie en pratiquant l'opération de Porro. D'autre part, Krugenberg, Sänger, Doléris, Lusk, Schauta, ont insisté sur les inconvénients de l'application du lien constricteur, etc., d'accord en principe avec eux, Caruso estime que l'*emploi du lien élastique devrait être réservé pour les cas où une hémorrhagie existante le rend indispensable et pour ceux dans lesquels l'opérateur ne dispose que d'un personnel insuffisant.*

L'auteur fait ensuite remarquer que si l'on ne peut, d'une manière certaine, empêcher toutes les issues malheureuses, on est en droit d'affirmer, qu'à condition de réaliser une antisepsie rigoureuse, et d'opérer à temps, le chiffre de la mortalité s'abaissera encore d'une manière notable. Il dit à ce propos : « En Amérique, la mortalité ne subira une diminution marquée, que si les praticiens savent se départir de cette règle de conduite qui consiste à recourir d'abord au forceps, puis à la perforation, et alors seulement à l'opération césarienne ».

Indications de l'opération, elles se subdivisent d'abord en deux groupes : A) causes ressortissant à la mère ; B) causes ressortissant au fœtus.

A). — *Causes ressortissant à la mère.*

1) Rétrécissement du bassin 113 fois ; avec mort, 23 fois : à indication *absolue*, 28 fois, *relative*, 85 fois, avec mort, 11 fois.

2) Myômes de l'utérus	7 fois,	avec mort	6
3) Carcinome.........	4	—	2
4) Tumeur de l'ovaire.	2	—	2
5) Tumeur de la paroi		—	2
abdominale.........	1	—	1

B). — *Causes ressortissant à l'enfant.*

1) Présentation transversale. 2 fois, avec mort, 1 fois.

2) Autres anomalies.......... 1 — — 1 —

Ces chiffres font bien voir que c'est surtout pour sténoses pelviennes, à indication relative, qu'on a recours à l'opération césarienne. De plus, ils fournissent, comme taux de mortalité, pour l'opération césarienne, à indication absolue, 42,8 0/0, et pour l'opération césarienne, à indication relative, 10,6 0/0.

L'auteur aborde ensuite la question si souvent agitée, des rapports de l'opération césarienne et de la craniotomie. Relativement à cette dernière, il constate combien sa gravité s'est également abaissée sous l'influence des précautions antiseptiques ; mais, il estime que, pour la mettre en parallèle avec sa rivale, il n'est pas rationnel de ne faire intervenir au débat que des statistiques absolument favorables. En outre, il a réuni les cas dans lesquels la craniotomie avait trouvé son indication dans une sténose pelvienne.

Olshausen, Halle........	23 cas	avec mort	2 fois	—	8,7	0/0.
Crédé, Leipzig...........	85	—	4	—	4,7	—
Gusserow, Berlin.........	124	—	15	—	12,1	—
Pinard (basiotripsie), Paris	49	—	0	—	0	—
Léopold, Dresde..........	68	—	1	—	1,4	—
Winckel, Munich.........	15	—	2	—	13,3	—
Total........	364		24	—	6,6	0/0.

D'après cette étude, l'opération césarienne et la craniotomie se présentent, sous le rapport de la mortalité, avec les chiffres suivants :

Opération césarienne. Mortalité maternelle...........	10,6 0/0.
Craniotomie..	6 —

Donc, léger écart en faveur de la craniotomie.

Mais, fait observer Caruso, si l'on considère qu'avec l'opération césarienne tous les enfants (sauf un cas de Johannowsk) furent sauvés, tandis qu'avec la craniotomie ils sont nécessairement tous perdus, ici l'écart numérique est tel que, même si l'on fait intervenir les différences des deux êtres au point de vue social et les risques courus par l'enfant pendant les premières années de l'existence, cet écart numérique doit prévaloir, et que *l'on est autorisé à substituer, en principe, l'opération césarienne à la craniotomie faite sur le fœtus vivant.* Toutefois, l'auteur est d'avis, qu'il faut remplir

les conditions suivantes, indiquées d'abord par Sänger, et sur lesquelles Léopold a également insisté :

1° La mère et ses parents auront donné leur assentiment, après qu'on les aura prévenus que l'opération césarienne expose la mère à de plus grands dangers que la perforation.

2° L'état des forces de la mère sera bon ; elle sera au début de l'accouchement, la poche des eaux autant que possible sera encore intacte, et il n'y aura pas traces d'infection.

3° Les doubles battements fœtaux seront réguliers en nombre et en intensité.

4° L'opération sera faite, avec toutes les précautions que comporte une antisepsie rigoureuse ; l'opérateur disposera d'un personnel suffisant, il sera lui-même maître de la technique opératoire et de tous les détails accessoires qui s'y rattachent.

L'auteur traite ensuite la question importante de l'accouchement prématuré. Peut-on opposer l'accouchement prématuré à l'opération césarienne ? Il précise les conditions dans lesquelles la première de ces deux opérations est vraiment indiquée, et il se base sur la classification des bassins rétrécis adoptée en Allemagne : *a*) bassins du 3e degré (diamètre antéro-postérieur de 7 cent. et au-dessous) ; *b*) bassins du 2e degré (diamètre antéro-postérieur de 7 à 8 cent. 1/2) ; *c*) bassins du 1er degré (diamètre antéro-postérieur de 8,5-10 cent.). Il admet, que ce sont les bassins du second groupe qui constituent la véritable indication pour l'accouchement prématuré. Or, envisagées à ce point de vue, les statistiques donnent pour la mortalité maternelle les chiffres suivants : d'après Wider 6 p. 0/0 ; d'après Korn 2,7 p. 0/0, enfin d'après Winckel *sen.*, Sabarth, Hecker, Spiegelberg, Haidlen, Fehling, elle est pour ainsi dire de 0 p. 0/0. En ce qui concerne la mortalité infantile, on peut, toutes choses égales d'ailleurs, l'estimer à 39 p. 0/0, mais on est en droit de penser que par le perfectionnement des moyens d'allaitement et d'élevage, on abaissera encore ce chiffre, d'où la conclusion, que dans les conditions indiquées, l'accouchement prématuré est parfaitement justifié, et que, s'il ne permet pas de sauver autant d'enfants que la césarienne, il permet de sauver quelques mères de plus.

L'auteur se dispense de discuter les avantages respectifs de la césarienne et de l'opération de Porro, parce que, dit-il, à l'heure actuelle, la seconde opération ne doit plus être considérée comme

la rivale, mais seulement comme l'auxiliaire de la première, auxiliaire qui trouve son application dans des cas déterminés.

Enfin, en terminant, Caruso établit un court parallèle entre la césarienne et la laparo-élytrotomie, et conclut formellement en faveur de la première pour les raisons suivantes : 1) le nombre des laparo-élytrotomies est trop restreint pour qu'on soit autorisé à tirer des conclusions sur sa véritable valeur ; 2) le pourcentage de la mortalité de l'ensemble des laparo-élytrotomies dépasse de beaucoup le chiffre correspondant de la césarienne ; 3) la laparo-élytrotomie se place, par ordre d'importance, bien au-dessous de la césarienne; ses indications, en effet, sont beaucoup plus limitées. Ainsi, elle est irréalisable quand il existe des tumeurs ou des atrésies du vagin, des atrésies de l'utérus, des tumeurs de la partie antérieure du bassin ; de même son exécution est rendue très difficile quand il y a ankylose des articulations coxo-fémorales, etc.

Simplification de l'opération césarienne. (Zur Vereinfachung des Kaiserschnittes.) H. Fritsch. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 22.

L'auteur a été conduit par deux espèces de considérations à se dispenser, dans l'opération césarienne, de la suture séro-séreuse : 1°) Ayant fait dans un cas la césarienne, exactement suivant les règles formulées par Sänger. il dut ensuite pratiquer l'opération de Porro parce qu'il y eut atonie utérine et hémorrhagie intra-utérine secondaire. Et, il lui sembla que l'accident était dû à ce que le lien élastique, maintenu sur le col jusqu'à terminaison de la suture séro-séreuse, avait trop longtemps empêché l'afflux vers le muscle utérin du sang nécessaire à sa nutrition. Aussi, dans une opération césarienne subséquente eut-il la précaution d'enlever le lien élastique dès que la suture musculaire fut faite, par conséquent avant la suture séro-séreuse. Or, à son grand étonnement, Fritsch constata, qu'en dépit de l'absence de cette suture, toute hémorrhagie avait cessé au niveau de la plaie, d'où la conclusion : *si c'est dans un but d'hémostase que l'on fait la suture séro-séreuse, cette suture est inutile.* Mais on pourrait se dire : en supposant que la suture ne soit pas utile contre l'hémorrhagie, peut-être prévient-elle plus tard les suintements sanguinolent, séro-sanguinolent, l'irruption même de l'écoulement lochial dans la cavité abdominale? Or, si sous l'influence de l'involution utérine, peut-être la suture musculaire

se relâche-t-elle, mais alors, l'union utérine des surfaces séreuses étant déjà un fait accompli, oppose une digue solide à tous les liquides sécrétés soit au niveau de la plaie, soit dans l'utérus.

2) Quand on fait les énucléations de myômes de l'utérus, on peut en toute sécurité, après avoir suturé soigneusement les parois de la poche, sans suture séro-séreuse bien entendu, abandonner l'utérus dans la cavité abdominale. On n'a à redouter ni hémorrhagie secondaire, ni suintement, ni septicémie. Et cependant, dans certains cas, la plaie utérine est plus étendue que dans l'opération césarienne, de plus, il n'y a pas, comme dans celle-ci, cette circonstance favorable que les liquides peuvent s'écouler librement dans l'utérus et au dehors.

De ces considérations, il résulte que la suture séro-séreuse n'est pas nécessaire. De plus en faisant une suture simple, à points séparés, pour laquelle l'auteur recommande le catgut au sublimé, on gagne du temps, circonstance importante au point de vue du pronostic, et l'on rend l'opération plus accessible aux praticiens. Fritsch conseille de faire pénétrer les fils, en dehors, à un centimètre du bord de la plaie utérine, et en dedans à environ 1/2 centimètre. C'est en somme la suture qu'on employait autrefois.

L'auteur rapporte l'histoire de deux femmes chez lesquelles il a suivi cette méthode simplifiée de la section césarienne et où il n'a eu qu'à se louer des résultats obtenus.

R. L.

II. — GLYCOSURIE ET ALBUMINURIE DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL

De l'apparition du sucre dans l'urine des femmes enceintes, des parturientes et des nouvelles accouchées. (Ueber das Vorkommen von Zucker im Harne der Schwangeren, Gebärenden, und Wöcherinnen), J. Ney. (*Arch. f. Gynäk.*, 1889. Bd. XXXV. Hft. 2.)

Après une exposition sommaire des travaux antérieurs, ceux de Blot, de Hempel, Johannovsky, Leconte, Louvet, Kaltenbach, l'auteur dit qu'il s'est proposé de résoudre les quatre questions suivantes.

1° Le sucre apparaît-il dans l'urine seulement avant ou après l'accouchement? L'acte de la parturition exerce-t-il une influence quelconque sur l'apparition de la glycosurie ?

2° Le sucre apparaît-il seulement durant les suites de couches, et son apparition est-elle liée d'aucune manière à des processus fébriles ?

3° L'apparition du sucre dans l'urine, aussi bien avant qu'après l'accouchement, constitue-t-elle une condition physiologique ou pathologique ?

4° Comment se développent les enfants dans les cas où, les suites de couches étant normales, il y a du sucre dans l'urine, et dans ceux où, toutes choses égales d'ailleurs, la glycosurie fait défaut.

Les recherches ont porté sur les urines de 172 femmes, soit 148 accouchées, et 24 femmes enceintes. Tous les détails relatifs aux personnes en cause (âge, moment de l'accouchement, constatation du sucre, développement des mamelles), état des enfants, sont exactement consignés dans un tableau synoptique.

Résultats : Dans les urines des 24 femmes qui étaient enceintes, 4 fois seulement on constata la présence du sucre ; ainsi, dans la proportion de 16,6 p. 0/0. D'autre part, ces urines furent aussi examinées pendant et après l'accouchement. Or, dans aucun cas, on n'arriva à constater que l'apparition du sucre eût coïncidé avec le moment de l'accouchement, sauf dans ceux où, antérieurement au travail, on avait déjà reconnu la présence du sucre dans l'urine ; d'où la conclusion : *l'acte parturitif, en lui-même, n'a aucune influence sur l'apparition du diabète.*

Les cas dans lesquels on trouve du sucre dans les urines pendant la grossesse sont relatifs à des femmes dont les mamelles étaient bien développées, et desquelles il était déjà possible de faire sourdre du lait. En somme, ces cas sont rares, et, comme il est indiqué plus haut, dans la proportion de 16,6 0/0. Par contre, pour les nouvelles accouchées, cette proportion s'élève à 77,7 p. 0/0 ; car, sur 148 cas, 115 fois le résultat de l'examen fut positif. Il ressort aussi de l'analyse des observations que *cette glycosurie n'a aucune relation avec l'apparition de processus fébriles.* Cette glycosurie constitue-elle un état pathologique ou physiologique ?

Il est à remarquer d'abord que toutes les femmes enceintes dont les urines contenaient du sucre, présentaient une sécrétion lactée, prématurée pour ainsi dire. D'autre part, les faits démontrèrent que toutes les causes capables de favoriser chez les nou-

velles accouchées la stase du lait dans les mamelles (crevasses, fissures du mamelon, mastite...) influaient sur l'apparition du sucre dans les urines; *l'engorgement du sein était immédiatement suivi de la glycosurie.* Et dans ces cas, la glycosurie cessait en même temps que les conditions morbides qui avaient produit la stase; elle constituait donc, dans l'espèce, un état pathologique. Mais, en dehors de ces cas, on vit la glycosurie survenir chez des nouvelles accouchées qui, à tous les points de vue, jouissaient de la meilleure santé, mais chez lesquelles la sécrétion lactée était particulièrement abondante, et qui, dans la meilleure acception du mot, réalisaient de bonnes nourrices. Dans ces conditions, conformément à l'opinion émise par Blot, bien loin qu'on eût affaire à un état pathologique, il ne pouvait être question que d'un processus normal, physiologique, habituel chez les bonnes nourrices.

Enfin, il ressort de l'examen des tableaux que, dans les cas où la glycosurie fut abondante et prolongée, le sein suffit aux nourrissons et que, dans les autres, il fallut avoir recours en outre au biberon. *Conclusions générales.* — Lorsque, les mamelles étant bien développées et les suites de couches marchant normalement, le sucre se montre dans l'urine en abondance, la sécrétion lactée doit être excellente. Plus cette glycosurie se prolonge, plus elle est intense, meilleure aussi est la nourrice. On doit conclure de la richesse en sucre des urines à la qualité du lait. La sécrétion lactée et la glycosurie sont en relation directe. Si la nourriture est bonne, l'hygiène convenable, le sucre reste très longtemps présent dans les urines. Il est intéressant de constater que toutes les accouchées qui, au moment de leur sortie de l'hôpital, ont de la glycosurie, cessent d'avoir du sucre dans les urines alors que, chez elles, elles se contentent d'une nourriture parcimonieuse et qu'elles reprennent leurs occupations. Il y a même dans cette circonstance une preuve de plus que la présence du sucre dans l'urine des nourrices, représente une condition physiologique. En ce qui concerne la nature du sucre, il est incontestable, ainsi que l'ont établi péremptoirement Kaltenbach et Hofmeier, qu'il s'agit du sucre de lait.

De l'albuminurie dans la grossesse et l'accouchement compliqués de gemmiparité, d'hydramnios, de rétrécissements du bassin ou de syphilis. (Ueber Albuminurie bei der mit Zwillingen, Hydramnios, engem Becken oder Syphilis complicirten Schwangerschaft und

Geburt), par L. MEYER, in *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1889, Bd. XVII, Hft. 1, p. 70 (1).

Cette courte monographie est en quelque sorte un appendice à un précédent mémoire du même auteur, mémoire dont nous avons déjà donné l'analyse (1). Voici, dans les conditions spéciales et restreintes où il s'est placé, les résultats qu'il a obtenus.

1) Sur 15 femmes enceintes, avec grossesse gémellaire, 14 présentaient des urines non albumineuses ; 1, qui simultanément était atteinte de sténose pelvienne, eut une albuminurie douteuse.

2) 3 femmes atteintes d'hydramnios avaient des urines non albumineuses.

Sur 8 parturientes atteintes d'hydramnios 6 eurent des urines non albumineuses ; 1 présenta de l'albuminurie avec cylindres, et 1 de l'albuminurie sans cylindres.

3) Sur 23 femmes enceintes, atteintes de rétrécissements du bassin, 22 présentèrent des urines non albumineuses ; 1 présenta une albuminurie douteuse.

Sur 28 parturientes, avec bassin rétréci. 13 présentèrent des urines non albumineuses ; 1 une albuminurie douteuse sans cylindres ; 5 ou 17,9 p. 0/0 de l'albuminurie sans cylindres, et 9 ou 32,2 p. 0/0 de l'albuminurie avec cylindres.

4) Sur 39 femmes enceintes syphilitiques 35 eurent des urines non albumineuses , 1 des urines purulentes ; 2 de l'albuminurie avec des cylindres douteux ; et 1 de l'albuminurie avec cylindres.

Sur 53 parturientes syphilitiques 36 eurent des urines non albumineuses ; 5 de l'albuminurie sans cylindres ; 2 de l'albuminurie avec des cylindres douteux, et 10 ou 18,9 0/0 de l'albuminurie avec cylindres.

Relativement aux relations qui existent entre l'albuminurie et la syphilis, l'auteur fait la remarque que *l'albuminurie se rencontre un peu plus fréquemment chez les parturientes syphilitiques que dans les autres conditions, et principalement l'albuminurie avec cylindres*. Jusqu'à quel point cette coïncidence se trouve-t-elle liée avec le traitement mercuriel, auquel beaucoup de ces parturientes avaient été soumises, et même souvent jusqu'au moment même de l'accouchement, la question reste indécise. Enfin, on pourrait se demander s'il n'existe pas un rapport particulier entre

(1) Voir in *Ann. de Gyn. et d'obst.*, juillet 1889, p. 65.

la composition des urines et la forme de la syphilis (latente, manifeste, secondaire, tertiaire.....) ?

Dr R. LABUSQUIÈRE.

BIBLIOGRAPHIE

NOTES D'OBSTÉTRIQUE (1).

Tel est le titre modeste d'un volume fort intéressant où M. P. Bar a réuni une douzaine de mémoires sur des questions très différentes de l'obstétrique. Les uns ont trait à des faits de thérapeutique obstétricale (traitement de l'éclampsie ; de la fièvre puerpérale, gavage des enfants, opération césarienne, etc.) ; les autres se rapportent à certains cas rares de physiologie ou de pathologie de la grossesse. Nous allons résumer les points principaux de ces divers mémoires.

L'éclampsie, en raison de sa gravité, a fait imaginer les traitements les plus variés : depuis que la doctrine de l'intoxication par les matières excrémentitielles a été adoptée pour en expliquer la genèse, on a essayé avec raison différents procédés de traitement ayant pour but l'élimination du poison accumulé dans le sang. C'est ainsi que les bains chauds prolongés ont donné d'excellents résultats entre les mains du Dr Breus (de Vienne) qui a obtenu 15 guérisons sur 17 cas d'éclampsie. M. P. Bar a employé avec grand succès les bains répétés et prolongés (à 33°) chez une éclamptique anurique : il a remarqué qu'après chaque bain la vessie renfermait environ 200 gr. d'urine ; de telle sorte que les bons effets de ces bains ne viennent peut-être pas tant de la diaphorèse produite, que de leur action sur la sécrétion rénale. Les reins sont en effet des émonctoires les plus puissants, et lorsqu'ils ne fonctionnent plus, le pronostic est particulièrement grave.

A propos d'un travail du Dr Miraschi (de Salonique) sur le *traitement de la fièvre puerpérale* par le pansement méthodique de la cavité utérine (au moyen d'un écouvillon chargé de glycérine créosotée et de boulettes d'ouate iodoformée), M. P. Bar fait preuve d'éclectisme : d'après lui, on a exagéré les dangers des injections

(1) Paris. Asselin et Houzeau, 1889.

intra-utérines qui, bien faites, rendent les plus grands services dans le traitement des accidents puerpéraux ; dans certains cas cependant, il faut avoir recours à d'autres méthodes de traitement plus actives.

Le *gavage* est utile chez les nouveau-nés après l'opération du bec-de-lièvre : dans deux cas M. Bar y a eu recours avec un plein succès, en suivant la méthode du professeur Tarnier ; grâce à l'emploi d'une éprouvette graduée, il a pu apprécier avec exactitude la quantité de lait qui, à chaque repas, pénétrait dans l'estomac. Le gavage évite les tiraillements dont les sutures sont toujours le siège quand on nourrit les enfants par un autre procédé. De plus le lait ne séjourne pas dans la bouche : il est aisé de maintenir les surfaces suturées dans un état aseptique parfait.

Un certain nombre de dessins rendent très clair un mémoire sur les *déchirures de la vulve ;* d'après M. Bar, la déchirure vaginale, point de départ de la déchirure du périnée n'a pas un siège banal. En examinant un certain nombre de femmes immédiatement après l'accouchement, on se rend bien vite compte que cette déchirure siège en certains points qui sont toujours les mêmes et qui répondent aux côtés de la colonne postérieure du vagin. Il n'en est plus de même quand la déchirure est produite par un instrument comme l'extrémité de la cuiller d'un forceps, par exemple : ici, la déchirure vaginale siège assez souvent sur la ligne médiane, surtout quand on a pratiqué une application de forceps avec situation irrégulière des cuillers. Les déchirures de la vulve sont généralement très peu étendues et peu profondes ; aussi est-il rarement indiqué d'en pratiquer la suture. Il faut faire l'hémostase, puis des pansements antiseptiques à l'iodoforme et au salol.

L'opération césarienne n'est pas toujours une opération de nécessité : les perfectionnements de l'antisepsie ont permis d'en faire dans un certain nombre de cas une opération de choix. A quel moment peut-on alors la pratiquer avec le plus de chances de succès ? Tous les acco ucheurs sont aujourd'hui d'accord pour reconnaître que les chances de réussite sont d'autant moins grandes que l'opération est pratiquée plus de temps après le début du travail. Schrœder a même conseillé d'intervenir avant le début des douleurs, tant les conditions lui semblaient défavorables lorsque l'opération était entreprise tardivement. M. Bar a suivi cette méthode dans deux opérations césariennes qu'il a pratiquées et il n'a pas constaté

l'inertie utérine signalée par Treub dans deux cas : aussi, se déclare-t-il, avec une certaine réserve cependant, partisan de l'intervention pratiquée avant tout début du travail.

Les *fractures de la voûte du crâne* qui sont une des complications fréquentes des accouchements artificiels, surtout après les applications de forceps, se rencontrent encore quelquefois dans les cas où l'accouchement s'est terminé spontanément, à travers un bassin rétréci. Elles sont alors généralement dues à la violente compression exercée par le promontoire sur la tête. Aussi leur siège varie-t-il suivant la position de la tête fœtale et suivant le mécanisme qui préside à l'accouchement dans chaque cas particulier. M. Bar rapporte une observation très intéressante de fractures multiples de la voûte du crâne qui se sont produites à un moment où la dilatation était à peine commencée et qui, d'après lui, seraient dues en grande partie à une véritable malaxation de la tête par la paroi utérine en contraction.

L'*auscultation obstétricale* est le procédé le plus certain pour diagnostiquer la vie ou la mort de l'enfant. Elle peut cependant, même à partir du sixième mois, donner des résultats négatifs et il arrive parfois, bien que le fœtus soit vivant, qu'on n'entende pas les bruits du cœur. Cette anomalie peut s'expliquer par suite d'une complication telle que l'hydramnios, une obésité excessive de la mère, la présence de tumeurs plus ou moins volumineuses, l'existence d'un bruit de souffle utérin trop violent, etc. M. Bar a observé un cas dans lequel il ne put entendre les bruits du cœur chez un fœtus dont il perçut à diverses reprises les mouvements actifs. Cet enfant naquit à sept mois : sa paroi abdominale était distendue par du liquide ascitique. Né vivant, il fit quelques tentatives d'inspiration et mourut. L'autopsie montra que le liquide ascitique soulevait la paroi abdominale en avant et le diaphragme en haut. Les poumons étaient repoussés contre la face postérieure de la cavité thoracique dont le cœur occupait la partie supérieure. Les dimensions du cœur étaient plus petites que d'ordinaire, les cavités ventriculaires fort réduites et la paroi ventriculaire gauche singulièrement épaissie. Peut-être ces modifications du cœur, jointes au refoulement de cet organe par l'épanchement ascitique, ont-elles entraîné une faiblesse particulière des bruits cardiaques et expliquent-elles le résultat négatif de l'auscultation.

L'*hydramnios* est une complication qui s'observe assez fréquem-

ment pendant la seconde moitié de la grossesse : une observation de M. P. Bar montre que l'hydropisie de l'amnios peut exister pendant les premiers temps de la grossesse et coïncider avec des arrêts de développement chez l'embryon. Il y a lieu de se demander si certains cas d'hydramnios, avec fœtus monstrueux, ne seraient pas des faits analogues dans lesquels les arrêts de développement attaquant le fœtus, n'auraient pas entraîné sa mort rapide, et si, d'autre part, l'hydropisie de l'amnios des premiers mois n'est pas un facteur étiologique important de l'avortement.

Quand on pratique le *palper abdominal*, la main peut, dans certains cas, percevoir à côté des mouvements passifs et actifs du fœtus, certains mouvements qui se distinguent nettement de ces derniers par leur régularité. On les sent dans une région limitée de l'abdomen, qui répond généralement à la partie moyenne de l'utérus. Ce sont les mouvements rythmés du fœtus que certains auteurs (Niermann, Ahlfeld) ont attribués à des mouvements de hoquet ou de déglutition. Dans deux cas que M. Bar a observés, il a nettement constaté que ces mouvements étaient simplement dus à des mouvements actifs des membres inférieurs du fœtus.

Enfin, M. Bar rapporte avec détails une observation typique de *maladie bronzée hématurique des nouveau-nés*. L'enfant succomba cinq jours après sa naissance : à l'autopsie, on constata un épanchement sanguin s'étendant des tubes contournés aux papilles du rein. Bien que ce fait fut observé isolément, la présence de microcoques dans le sang qui distendait les canalicules rénaux, les épidémies qui ont été notées, la marche de la maladie ne laissent aucun doute sur sa nature infectieuse.

C'est à dessein que nous omettons de parler d'un mémoire de M. Bar sur un point du manuel opératoire de la basiotripsie, comptant y revenir prochainement dans l'analyse que nous ferons d'un travail du même auteur sur l'*embryotomie céphalique*.

G. Lepage.

Manuel de médecine opératoire, par Malgaigne et Le Fort, 9e éd., t. II, 1889, Paris, Alcan.

Dans le deuxième volume de son traité de médecine opératoire, le professeur Le Fort traite des opérations spéciales. La fréquence avec laquelle sont pratiquées les interventions sur les organes

génito-urinaires de la femme, a fait que cette partie du traité a subi, dans la 9e édition, qui vient de paraître, de nombreuses modifications. On y trouve décrites la plupart des opérations nouvelles, si en faveur actuellement. M. Le Fort les décrit pour être complet, mais ne les conseille pas toujours et en restreint le plus souvent d'une manière notable les indications.

Traité clinique des maladies des femmes, par A. MARTIN, traduit par H. VARNIER et F. WEISS, 1889. Paris, G. Steinheil.

Jusqu'ici, nous n'avons guère en langue française d'ouvrage nous donnant une description complète des diverses opérations qui, dans ces vingt dernières années ont, grâce aux progrès de la chirurgie antiseptique, révolutionné la gynécologie et l'ont fait passer du domaine des médecins entre les mains des chirurgiens. Aussi la traduction du traité de Martin vient-elle combler une lacune.

Dans ce traité. Martin décrit longuement les divers procédés opératoires qu'il met en usage, les opérations plastiques sur le périnée et le vagin, les opérations sur le col, celles faites contre les corps fibreux, en particulier leur énucléation intra-péritonéale, etc. A propos du cancer de l'utérus, Martin nous dit qu'après avoir longtemps pratiqué l'amputation du col, il a aujourd'hui renoncé à cette opération et lui préfère l'hystérectomie vaginale, qui donne des survies beaucoup plus réelles. Les maladies des trompes, du péritoine pelvien, des ovaires terminent l'ouvrage ; de nombreuses figures explicatives facilitent la compréhension des divers procédés techniques exposés.

H. H.

Le gérant : G. STEINHEIL.



IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE



ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1889

TRAVAUX ORIGINAUX

EXTIRPATION TOTALE DE L'UTÉRUS PAR LA VOIE VAGINALE

INDICATIONS MODERNES DE LA CURE RADICALE DES TUMEURS MALIGNES UTÉRINES

Par **Dmitri de Ott**, professeur de gynécologie à l'Institut clinique de St-Pétersbourg.

Ce mémoire repose sur l'étude de 30 cas de cancer utérin, pour lesquels j'ai pratiqué l'ablation totale, par la voie vaginale, de l'organe affecté. J'ai opéré 27 de ces 30 malades à l'Institut clinique de la Grande-Duchesse Hélène Pawlowna, les trois autres dans des maisons privées.

Ces 30 cas sont les seuls où l'extirpation totale de l'utérus m'ait paru indiquée parmi un grand nombre de cancers de l'utérus (159) (1), les uns adressés par des collègues de différentes localités, les autres venus directement dans mon service. M'appuyant sur cette série de faits, je me permettrai de relever quelques points qui me paraissent mériter d'être

(1) J'ai noté 159 cas de cancer utérin sur 4248 femmes, qui passèrent dans mon service pendant une période de 3 ans 1/2. Ainsi le rapport des malades affectées de cancer aux autres sera 3,7 0/0 et le nombre de celles qui ont subi l'extirpation totale sur le chiffre total des malades, atteintes du cancer utérin fournira 18,9 0/0 (chez LEOPOLD = 20,4 0/0).



mis en relief au point de vue de la cure radicale moderne du cancer utérin et qui récemment ont été l'objet de discussions entre les différents auteurs et même entre les diverses sociétés savantes.

Ayant en vue la question de la *cure radicale du cancer de l'utérus*, je suis obligé de résumer ici les indications thérapeutiques appropriées à chaque cas. Aussi aurai-je besoin de rappeler certains points pathologiques et anatomiques de la question ; je m'attacherai surtout au diagnostic de certaines variétés de l'affection et à la détermination exacte des cas, où l'extirpation totale de l'utérus peut encore donner pour résultat une guérison radicale.

Lorsque l'on veut apprécier la nouvelle méthode de traitement des tumeurs malignes de l'utérus (cancer) on ne peut omettre de résoudre le question de savoir si, en principe, la cure du cancer utérin est possible, vu, qu'ici même, dans ces derniers temps, on a souvent exprimé des doutes sur ce point et que l'opération de l'excision totale de l'utérus inspire encore peu de confiance. Si nous nous bornons exclusivement à ne considérer que l'affection cancéreuse de la matrice seule, nous pouvons répondre à cette question d'une manière absolument définie et dans le sens positif. Cette affirmation est fondée sur une série de cas antérieurement publiés, cas où l'affection cancéreuse utérine a été regardée comme incontestable par des autorités, telles que Recklinghausen, Goodsir, C. Ruge, etc. autorités absolument compétentes dans les questions d'anatomie pathologique. Dans ces cas, du reste, le diagnostic clinique de cancer avait été fait par des savants non moins renommés, comme cliniciens, Braun, J. Simpson, Freund, Schroeder, etc. (1). Gusserow, dans sa monographie intitulée « *Neubildungen des Uterus* » cite une série de cas, où des malades, ayant incontestablement une affection cancéreuse de l'utérus, restèrent en parfaite

(1) Voir l'article de GUSSEROW « Die Neubildungen des Uterus » *Billroth und Lücke. Handbuch d. Frauen Krankheiten*, 1885, Bd II. S. 228.

santé 15 ans et plus après l'opération. Dans le cas souvent cité, du professeur G. Braun, 19 ans et demi après l'opération, la malade examinée était complètement saine, et l'examen clinique le plus minutieux ne montrait pas la moindre trace d'une affection cancéreuse (1).

Une série de faits analogues rassemblés par Gusserow dans l'article que nous venons de citer, nous autorise à adopter la proposition suivante, avancée par cet auteur (p. 227): *Le cancer utérin dans ses premières périodes n'est qu'une affection locale et, par une intervention opportune, on peut arriver à sa guérison complète et parfaite.*

L'affection cancéreuse, à la période, où l'on peut encore compter sur sa curabilité radicale, n'étant qu'une affection locale, nos procédés thérapeutiques doivent tendre exclusivement à empêcher le développement du processus morbide surtout au point même de son origine.

Ne connaissant que d'une manière insuffisante les causes qui favorisent la naissance et le développement des tumeurs malignes et n'ayant jusqu'à présent pas à notre disposition de moyens sûrs pour combattre une tumeur maligne déjà pleinement développée par *restitutio ad integrum* sans l'extirper, nous nous trouvons encore dans la nécessité de sacrifier l'organe entièrement ou au moins en partie, afin de sauver tout l'organisme d'une mort certaine. C'est là une manière négative d'agir qui, sauf quelques exceptions, ne peut être justifiée de nos jours que pour la cure des tumeurs malignes en général. Ainsi ce traitement du cancer utérin par l'excision accompagnée de l'ablation des parties ambiantes se pratique faute de mieux et tout en ne pouvant être regardée comme un procédé parfait correspondant à l'idéal de la médecine moderne.

Ces considérations sommaires nous indiquent les limites hors desquelles ne doivent point sortir les indications de

---

(1) *Loc. cit.* p. 228 et autres. PAWLICK, *Behandlung der Uterus Carcinome*, 1882.

l'extirpation totale de l'utérus. Dans la plupart des cas publiés, où en conséquence d'autres indications (névroses, prolapsus utérin, hémorrhagies, etc.) on pratiqua l'extirpation de l'organe entier, on peut à la rigueur défendre ce mode d'intervention ; mais ce n'est là que le résultat d'un abus des progrès de la chirurgie moderne antiseptique.

Ainsi en règle générale l'indication de l'extirpation complète de l'utérus doit être limitée et se borner exclusivement aux cas seuls des tumeurs malignes.

Quoique l'amputation totale de l'utérus soit mise en pratique depuis longtemps par les chirurgiens russes et étrangers ; de nos jours, grâce surtout à l'initiative du professeur W. A. Freund qui a proposé une méthode spéciale pour l'extirpation totale de la tumeur cancéreuse par la voie abdominale, la question oubliée a été de nouveau mise sur le tapis.

Les travaux de Czerny, Billroth et Schrœder ont surtout préconisé la mise en pratique de procédés perfectionnés d'excision par la voie vaginale de l'organe affecté.

La susdite voie opératoire, qui n'est en somme employée couramment que depuis une dizaine d'années est déjà regardée comme classique (1). On ne peut douter que ce procédé dans son développement progressif nous conduise à des résultats beaucoup meilleurs que ceux publiés déjà jusqu'à présent.

Avant de me livrer à une analyse détaillée de cette opération, j'exposerai brièvement l'histoire des malades chez lesquelles je l'ai pratiquée ; quant à la critique de la méthode elle-même et aux particularités dépendant du procédé opératoire je n'en parlerai que plus tard.

Ici, comme dans un article antérieurement publié (2) je ne présenterai pas les cas sous forme de tableaux, je

(1) Voir Sanger. *Arch. f. Gynæk.* Bd XXI, 1887. Fritsch. *Ibid.* Bd XXIX. Léopold. *Ibid.* Bd XXX.

(2) Voir mon article « *Wratch* », 17, 1888

préfère donner successivement le résumé de chaque observation pensant que cette manière d'exposer les faits facilite la tâche des auteurs qui veulent poursuivre ces recherches, en même temps qu'elle rend possible la critique impartiale des conclusions qu'on peut en tirer. Cette manière de publier les observations est surtout importante pour la description des opérations suivies d'ouverture de la cavité abdominale ; la mention peu détaillée des cas isolés et le résumé des chiffres qui expriment le résultat définitif de « toute une série » de laparotomies, le tant pour 100, ne peuvent prétendre avoir une importance scientifique sérieuse.

Ces statistiques brutales, n'indiquant que la nature du processus morbide, qui a servi d'indication à l'opération sont insuffisantes, car alors même qu'il s'agit d'affections de même nature, les particularités de chaque cas isolé, le choix du procédé opératoire et une série d'autres considérations analogues influent incontestablement sur le résultat définitif de l'opération. Il n'est pas douteux non plus que celui-ci dépende essentiellement aussi de certaines conditions pathologiques.

Il n'y a pas de parité à faire entre une laparotomie pour un kyste de l'ovaire petit, sans adhérences et la même opération pour une résection de l'intestin. Pour montrer à quel point peut influer sur la mortalité le choix du procédé opératoire, alors même qu'il s'agit de combattre une même affection je citerai comme exemple le traitement opératoire des fibro-myômes utérins.

Lorsqu'on se contente d'extirper les annexes de l'utérus la mortalité peut n'être que d'un pour cent (Lawson-Tait), tandis que l'opération radicale, l'extirpation totale de la tumeur avec une partie de l'utérus, c'est-à-dire l'amputation supravaginale, donne, même de nos jours, une mortalité 10-15 fois plus grande. Il est évident que l'étude des chiffres isolés conduit souvent à des conclusions fausses et fait douter des résultats obtenus. Toutes ces considérations qui concernent les laparotomies, restent justes aussi par rapport

à l'opération qui nous intéresse, quoique dans ce dernier cas on opère d'une manière beaucoup plus uniforme et que les indications de l'intervention opératoire ne varient que dans des limites assez étroites.

Je range ici mes observations selon la forme spéciale de l'affection maligne dont furent atteintes mes malades. La première série (19 cas) contient ceux où il s'agit d'utérus affectés par le cancer épithélial (cancroïde utérin); la seconde (5 cas) comprend les affections cancéreuses proprement dites (*carcinoma*); dans la troisième sont enfin les cas d'*adénoma malignum*.

Observation 1. — *Marie Reim...*, âgée de 37 ans. Premières règles à l'âge de 18 ans; depuis, menstruation chaque 4 semaines, avec une durée de 3 jours. Elle n'accoucha *à terme* qu'une seule fois. Deux mois avant l'opération, écoulement sanguin provenant des organes génitaux et apparition de douleurs dans la région hypogastrique. L'exploration donna les résultats suivants : culs-de-sac du vagin intacts, utérus mobile. Diagnostic : *cancroïde de la portion vaginale de l'utérus.* La malade fut opérée le 16 novembre 1885. Dans ce cas, on écarta l'utérus en le refoulant en arrière. La tumeur, localisée dans la portion vaginale utérine, pénétrait dans l'intérieur du canal cervical. Durant toute la période post-opératoire rien d'anormal, excepté une élévation de la température jusqu'à 38°,3 C., qu'on n'observa que *deux* fois. *Trois ans et plus après l'opération, aucune trace de récidive.* L'état général de la santé est satisfaisant sous tous les rapports et toutes les fonctions s'accomplissent très bien.

Observation 2. — *Pélagie Dor...*, âgée de 43 ans. Elle ne peut préciser l'époque de ses premières règles; depuis, elles arrivent chaque quatrième semaine et durent 3 jours. Elle est accouchée une seule fois, il y a déjà onze ans; et, depuis, elle fut affectée d'une maladie locale inflammatoire. Il y a 4-5 mois, qu'elle éprouve des sensations douloureuses dans le bas-ventre, accompagnées d'un écoulement muco-sanguinolent. La tumeur envahit la portion vaginale de l'utérus. Le cul-de-sac gauche est tendu (*residua parametritidis sin.* ?). Diagnostic : *cancroïde de la portion vaginale*

de l'utérus. Opération le 4 mars 1886. La période post-opératoire n'offrit rien d'anormal ; température normale. Examinant cette malade *onze mois après l'opération, nous pouvons constater une récidive.*

OBSERVATION 3. — *Théodosie Mia...*, 73 ans. Premières règles à l'âge de 14 ans ; depuis, menstruation chaque quatrième semaine avec une durée de 5 jours. Elle accoucha deux fois. Les premiers symptômes de son affection se manifestèrent, à ce qu'elle dit, seulement un mois avant son entrée à l'Institut Clinique. La portion vaginale de l'utérus offre une *modification caractéristique d'un cancroïde*. L'utérus est peu mobile, quoique les culs-de-sac soient intacts. Opération le 28 mars 1886. A cause d'adhérences, *l'abaissement de l'utérus s'accompagna de difficultés* assez considérables.

Suites opératoires absolument apyrétiques. *Dix mois après, on put constater une récidive.*

OBSERVATION 4. — *Emilie V...*, 40 ans. Première menstruation à l'âge de 13 ans ; réglée ensuite toutes les 3 semaines pendant 3 jours. 3 accouchements normaux et une fausse couche. Le dernier accouchement date de 13 ans. Il y a 8 ans, infection syphilitique. Deux mois et demi avant son entrée à la Clinique, elle a remarqué un écoulement sanguinolent et fétide provenant des organes génitaux. Ces derniers jours, elle se plaignit d'un *état fiévreux*. Diagnostic : *cancroïde de la portion vaginale de l'utérus*. La tumeur siège très près de la vessie. Opérée le 10 octobre 1886. Après l'opération, la température tomba à la normale et ne remonta plus. Sur l'utérus extirpé, on aperçoit quelques petits fibroïdes. *Trois mois après, récidive.*

OBSERVATION 5. — *Anna Kon...*, 42 ans. Premières règles à 12 ans ; depuis, règles toutes les trois semaines et durant 5 jours. 4 grosesses, la dernière, il y a 17 ans. Les douleurs dans la région du bas-ventre et du côté droit du bassin, ainsi que la leucorrhée sont devenues, au dire de la malade, plus intenses depuis longtemps, il y a, à peu près cinq ans. Depuis ce moment, elle a constaté que l'écoulement s'accompagne toujours d'une certaine quantité de sang. Diagnostic : *Cancroïde de la portion vaginale de*

l'utérus. Opération le 28 novembre 1886 : Après l'opération, collapsus, sans perte de connaissance, le pouls radial devient absolument imperceptible. On a recours aux différents analeptiques. Durant les premières 18 heures après l'opération, ischurie ; le premier jour, on constata une pyrexie légère. A l'aide du cathétérisme, on obtint à peine une cuillerée d'urine. La marche ultérieure de la convalescence fut complètement satisfaisante *L'examen fait le* 21 *janvier* 1888 *démontra la présence d'une récidive.*

OBSERVATION 6. — *Hélène Sadn...*, 32 ans. Première menstruation à 16 ans ; puis chaque mois, avec la durée de 4 jours. Elle fut enceinte six fois. Ses dernières couches eurent lieu deux mois avant l'opération. Depuis environ trois ans, elle avait de la leucorrhée qui s'accompagnait, durant sa dernière grossesse, d'un écoulement sanguinolent, peu prononcé. Les culs-de-sac du vagin et l'utérus, quand à la mobilité, sont absolument normaux. Diagnostic : *cancroïde de la partie vaginale de l'utérus.* Opération le 27 mars 1887. La guérison marcha bien et la température resta toujours normale. Explorant cette malade au mois d'avril 1889, nous l'avons trouvée *complètement rétablie.*

OBSERVATION 7. — *Marie T...*, 41 ans. Première menstruation à 15 ans ; depuis, régulièrement menstruée chaque mois et durant 2-3 jours. En tout 4 grossesses ; dernier accouchement, il y a 14 ans. Depuis environ un an, la malade s'est vue atteinte de leucorrhée, qui, depuis trois mois, est devenue plus abondante et plus fétide. Diagnostic : *cancroïde de la portion vaginale de l'utérus.* Opération le 9 mars 1887. Nous avons eu la chance, dans ce cas, de vaincre parfaitement les adhérences, produits d'une paramétrite ancienne. Sur la surface de l'utérus, un peu augmenté, on aperçoit quelques fibroïdes sous-séreux. La période post-opératoire fut absolument satisfaisante. *Deux mois après, on constata l'induration de la cicatrice (récidive ?).*

OBSERVATION 8. — *Catherine Grig...*, âgée de 45 ans. Première menstruation à l'âge de 13 ans ; depuis, régulièrement chaque trois semaines, avec une durée de trois jours. Elle a été enceinte six fois, dernier accouchement, il y a six ans, prématuré, à 7 mois. Depuis quelques années, elle a des flueurs blanches, qui

devinrent plus abondantes l'année dernière et qui, depuis deux mois, prirent une odeur fétide et une coloration grisâtre. Depuis l'apparition de ces phénomènes, la malade accuse de l'affaiblissement et de l'anorexie. *L'affection cancéreuse envahit exclusivement la lèvre inférieure de l'orifice externe*. Culs-de-sac intacts, utérus complètement mobile. Diagnostic : *cancroïde de la portion vaginale de l'utérus*. Opération le 23 avril 1887. Le 7 mai, l'opérée quittait la Clinique. Suites opératoires sans réaction.

OBSERVATION 9. — *Nadejda T...*, 44 ans. Menstruation toujours régulière durant 3 jours. Premier accouchement à l'âge de 18 ans; depuis, elle a été enceinte encore six fois. A l'âge de 20 ans, une fausse couche, puis 5 accouchements à terme. Dernier accouchement il y a quinze ans. Après sa fausse couche, elle fut malade et le médecin, qui la traitait annonça, dès cette époque, qu'elle était atteinte d'une affection localisée dans la région du col utérin. Dès le moment où eut lieu la fausse couche, la malade fut soumise à un traitement continu. Les symptômes dont elle s'inquiétait le plus étaient : les flueurs blanches et la sensation d'un étranglement dans la région du canal vaginal. Depuis le printemps dernier, elle a noté une aggravation considérable de ces symptômes, et, en été, l'écoulement devint sanguinolent. L'examen de la malade, fait au mois de novembre, montra que la lèvre inférieure de la portion vaginale de l'utérus était le siège d'un *cancroïde*. L'utérus est légèrement agrandi, le ligament sacro-utérin gauche est un peu tendu et douloureux pendant l'exploration.

Considérant que l'affection cancéreuse était relativement limitée, qu'elle se cantonnait sur la lèvre inférieure de l'orifice externe, nous avons émis l'hypothèse que la tension du ligament résultait d'une affection puerpérale du tissu cellulaire (paramétrite) ancienne, et, en conséquence, le 18 novembre 1887, nous avons exécuté l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale. Nous avons extirpé aussi les deux ovaires, qui présentaient une dégénération kystique. Une hémorrhagie, survenue après l'extirpation de l'utérus, fut arrêtée par l'acupuncture des points intéressés. Suites opératoires absolument satisfaisantes, une fois seulement (11e jour), la température s'éleva à 38°,2 C. *Neuf mois après l'opération, récidive.*

OBSERVATION 10. — *Olga Alexandrowna P...*, âgée de 32 ans.

Première menstruation à 12 ans. Dans l'année qui suivit, les règles se montrèrent à des intervalles dépassant un mois. Plus tard, elles apparurent chaque 3-4 semaines, ayant une durée de 4 jours. Trois accouchements, le dernier il y a sept ans. Depuis le mois de février, la malade constata certaines anomalies dans sa menstruation. Les règles revenaient chaque 7-10 jours, et duraient de 2 à 6 jours. Dans les périodes intercalaires, flueurs blanches, parfois fétides. *Examen :* les culs-de-sac sont intacts et l'utérus est complètement mobile. Sur le col utérin se trouvent des altérations caractéristiques d'un *cancroïde.* 1er avril 1888, la malade fut soumise à l'opération. Les deux ovaires et les trompes, à cause de leur transformation kystique, furent extirpés avec l'utérus. La période post-opératoire ne présenta rien d'anormal, à l'exception d'une seule élévation de température (38°,02),. La malade examinée *un an après l'opération, offrait tout les signes d'une santé parfaite.*

Observation 11. — *Alexandra Alexandrowna M...*, âgée de 36 ans. Depuis peu, la menstruation était devenue très abondante, durait environ six jours et revenait chaque 27 jours. Dans le sang menstruel, on put constater la présence de *coagula.* Elle a accouché 4 fois, dernier accouchement, il y a onze ans. Les premiers signes de sa maladie, se montrèrent sous forme de flueurs blanches pendant l'été de 1887. Au mois de janvier 1888, la malade s'adressa à un professeur spécialiste, qui diagnostiqua un *cancer utérin et fit l'amputation du col de l'utérus.* Après cette opération, la malade se sentit complètement remise, et durant un délai bien court ne ressentit aucun malaise ; après quoi, les symptômes de jadis apparurent de nouveau. Exploration le 3 mai : sur la partie qui restait du col utérin, se trouvaient des altérations tout à fait caractéristiques d'une récidive maligne. Utérus considérablement augmenté, mais absolument mobile ; enfin, en aucun point on ne trouve rien qui puisse faire soupçonner une propagation du processus cancéreux. Le 7 mai 1888, *extirpation totale de l'utérus,* dont le volume presque doublé créa des difficultés. Période post-opératoire satisfaisante, sans élévation de la température. *Récidive trois mois après l'opération.*

Observation 12. — *Dorga Koupr...*, âgée de 28 ans. Première menstruation à l'âge de 14 ans ; depuis, chaque 3-4 semaines,

avec une durée de 4-5 jours. 6 accouchements, le dernier il y a 9 mois. Bien qu'elle nourrit elle-même son enfant, un mois après ses couches, elle eut des ménorrhagies abondantes, qui revenaient périodiquement chaque mois. De plus, dans les périodes intercalaires, apparurent des flueurs blanches fétides. *Examen :* utérus absolument mobile, culs-de-sac complètement sains. Sur la portion vaginale de l'utérus, excroissances fongueuses, caractéristiques d'un *cancroïde*. Le 17 mai 1888, *opération*. L'ovaire droit siège d'une dégénération kystique, et considérablement augmenté, fut extirpé avec l'utérus. Période post-opératoire sans complication, sauf une hyperthermie légère. *Un an après l'opération, pas encore de traces nettes de récidive.*

Observation 13. — *Totiane K...*, 45 ans. Les règles se sont montrées à l'âge de 17 ans, puis revinrent chaque 3-4 semaines avec une durée de 5-6 jours. En tout 9 grossesses, dont une fausse couche et 8 accouchements normaux. Dernier accouchement il y a 14 ans. Au commencement de février se manifestèrent les premiers (?) symptômes de la maladie, sous forme d'hémorrhagies et de douleurs dans la région dorsale. Depuis, les pertes de sang, quoique peu abondantes, ne cessaient que pour un court délai de 2-7 jours, et durant ces intervalles, leucorrhée fétide. *Examen :* utérus augmenté, col utérin aussi considérablement augmenté et déformé par une tumeur. Il offre une ulcération cratériforme et est couvert de masses ramollies. Diagnostic : *cancroïde*. L'affection cancéreuse n'ayant pas envahi les culs-de-sac, l'opération est nettement indiquée, et en conséquence le 23 septembre 1888, on pratiqua l'extirpation totale de l'utérus. La séparation de la vessie, en raison des modifications du tissu cellulaire (modifications cancéreuses ?) interposé entre elle et la matrice, présenta des difficultés sérieuses. Durant la période post-opératoire, on observa un léger mouvement fébrile. *Peu de temps après la sortie de la malade de l'Institut clinique, constatation d'une récidive incontestable.*

Observation 14. — *Pélagie An...*, 37 ans. Apparition des règles à l'âge de 16 ans. Depuis, menstruation chaque 3-4 semaines, et durant 2-3 jours. Dernière menstruation le 10 décembre. Pas de grossesse. Entre-temps, elle fut soumise à un traitement, dirigé soi-disant contre des érosions du col. Ce traitement fut suivi d'une

période de répit. Mais, depuis septembre 1888, elle se reconnu atteinte d'un écoulement sanguinolent, accompagné parfois de douleurs symétriques dans le bas-ventre. Les derniers jours, elle ressentit des douleurs dans les reins. L'investigation démontra la présence d'un *cancroïde* de la portion vaginale de l'utérus. Affection cancéreuse, assez limitée, mais ayant toujours une marche progressive. Opération le 23 décembre 1888. Grâce à la mobilité parfaite de l'utérus et à son petit volume, elle n'offrit pas de difficultés et fut terminée en une demi-heure. Le jour qui suivit l'opération, la température monta jusqu'à 39,6° C., mais déjà, le deuxième jour, elle était redescendue au chiffre normal et ne remonta plus pendant toute la durée de la période post-opératoire.

Observation 15. — *Marine Stepa...*, âgée de 49 ans. Elle ne peut se rappeler la date de ses premières règles. Mais la menstruation se reproduisait régulièrement chaque 3-4 semaines, et durait 7 jours. Elle accoucha 8 fois. Dernier accouchement il y a plus de 4 ans. Il y a environ un an, la menstruation est devenue irrégulière et se montre chaque 2-2 1/2 semaines. Dans les périodes intercalaires, flueurs abondantes et sanguinolentes. Durant les derniers mois, hémorrhagies continues. L'exploration montre que la lèvre antérieure de la matrice est le siège d'une *excroissance cancroïde*, tandis que la lèvre postérieure n'est probablement pas encore affectée. L'utérus est parfaitement mobile, les culs-de-sac intacts. L'opération faite le 28 février 1889 n'a offert aucune difficulté. Dès le second jour après l'opération, la température s'éleva graduellement et atteignit des chiffres très considérables, puis, vers le neuvième jour, elle s'abaissa au degré normal et se maintint sans changements durant près de 5 jours. Cependant, la température s'éleva de nouveau, et subit des variations, qui, dans les 24 heures, allaient jusqu'à 3,5 degrés. Seulement, à peu près vers l'époque où la malade quitta l'Institut clinique, on put constater un abaissement graduel de la température. Le pouls fréquent durant tout le séjour de notre malade à l'Institut clinique atteignit, vers le vingt-sixième jour après l'opération, le chiffre de 130-140. D'ailleurs, il faut tenir compte, que la malade se plaignait surtout d'une toux très forte suivie d'expectoration muco-purulente. D'autre part, on put constater un gonflement œdémateux de l'une ou l'autre extrémité inférieure, gonflement qui s'accompagnait d'une sensa-

tion douloureuse à la pression digitale exercée sur la face interne de la cuisse, au point où cheminent des grands vaisseaux sanguins. Il y eut aussi des troubles digestifs presque constants, et en particulier, la malade eut de la diarrhée. Elle eut encore des frissons, suivis de sueurs visqueuses, accidents qui complétaient ce tableau clinique, ayant les caractères d'une affection septique. Quant aux modifications locales, elles furent peu prononcées, et sans proportion avec l'intensité des phénomènes généraux. Il faut noter cependant, que dans ce cas, la suppuration parut assez abondante, ce qui n'eut presque pas lieu dans les autres que nons avons étudiés. A la suite d'injections, nous avons pu constater parfois la présence de fragments de tissu nécrosé. La malade se trouvait dans l'état décrit ci-dessus, presque un mois après l'opération. Un mois environ après l'opération, tous les phénomènes décrits s'affaiblirent, mais progressivement : la malade put, quoique avec beaucoup de peine, quitter le lit, pour quelque temps, et les troubles gastro-intestinaux s'améliorèrent. L'état œdémateux des extrémités iuférieures, bien moins prononcé, n'incommodait plus la malade et elle insista pour qu'on lui permît de quitter la Clinique. Malgré nos avis sur les dangers de son état, elle quitta l'Institut, n'ayant pu résister aux caprices de son mari, qui l'emmena à la campagne.

Observation 16. — *Catherine S...*, 37 ans, fut réglée pour la première fois à l'âge de 15 ans. La menstruation revenait toutes les 3-4 semaines avec la durée de 7 jours. En tout 10 grossesses dont une fausse couche et neuf accouchements à terme. Dernier accouchement, deux ans et demi avant son entrée à la clinique. Depuis peu, menstruation irrégulière et durant d'un à deux jours ; en outre, douleurs au-bas-ventre, mauvais appétit et affaiblissement général. A l'examen avec le *spéculum*, on constata que la région située à gauche derrière l'orifice utérin externe, présentait une surface ulcéreuse, un peu sanguinolente, peu caractéristique et n'ayant aucune ressemblance avec une érosion, ni avec toute autre affection bénigne ; mobilité de l'utérus et état des culs-de-sac tout à fait normaux. Le traitement médical était resté sans résultat. Vu l'impossibilité de définir la nature de l'affection sans le secours du microscope, nous avons entrepris, dans le but d'élucider le diagnostic, l'extirpation *partielle* du col utérin au niveau de la surface

ulcéreuse. L'investigation microscopique, permit de constater les caractères anatomiques du *cancroïde commençant*. Le 5 avril 1889, *extirpation totale de la matrice par la voie vaginale*. Après avoir extirpé l'utérus et avant d'introduire le tampon, j'ai examiné encore une fois soigneusement, selon mon usage, la surface *cruentée* et, convaincu qu'il n'y avait point d'hémorrhagie, j'introduisis le tampon iodoformé. L'état général de la malade après l'opération fut tout à fait satisfaisant, les organes génitaux ne présentaient point d'écoulement de liquides pathologiques. Cependant, quelques heures plus tard, on pouvait apercevoir un écoulement de liquide sanguinolent, provenant du tampon. La perte du sang se faisant de plus en plus abondante, et la quantité de sang écoulé devenant très considérable vers minuit, je résolus d'enlever le tampon, afin de pouvoir réexaminer la surface opérée. Cela fait, j'ai donné issue à une grande quantité de caillots sanguins, qui siégeaient dans la cavité abdominale (péritonéale). Quand j'eus l'entière conviction, grâce à un examen rigoureux des parties extirpées et acupuncturées, que toutes les ligatures étaient soigneusement appliquées et qu'il n'existait aucun foyer hémorrhagique, j'introduisis de nouveau un tampon solide de morli iodoformé. Après ce tamponnement l'écoulement sanguin ne se reproduisit plus. Il découle évidemment de ce fait que, comme source d'une hémorrhagie interne, nous devons admettre la présence d'un vaisseau sanguin, qui pouvait être oblitéré par un thrombus au moment même de l'examen de la malade. Suites opératoires très bonnes sauf, le 2e jour, une élévation thermique de 38°,3 C. et le troisième de 38° C. Durant tout le reste du séjour de la malade à la clinique, la température resta absolument normale. Dès le 8e jour, survint du météorisme qui força de recourir aux moyens nécessaires pour évacuer l'intestin. Cependant, malgré les lavements répétés et les prises de décoction de *Frongula* cum natro sulphurico, on ne put provoquer des garde-robes. Deux doses de calomel (0,6 grammes chacune) administrées le 12e jour restèrent aussi sans aucun effet, et tandis que le ventre était extrêmement météorisé, rénitent et douloureux, la malade qui avait perdu complètement l'appétit eut plusieurs fois des vomissements bilieux et muqueux. Il n'était pas un instant douteux qu'il s'agissait dans ce cas d'une occlusion intestinale, déterminée probablement par les causes suivantes : 1° action purement mécanique d'un tampon solide et volumineux,

qui était dans le vagin, et 2° irritation que pouvait exercer sur le *péritoine*, le tampon introduit assez profondément, état qui pouvait à son tour présider à l'apparition d'un épanchement plastique et à la production de pseudo-adhésions des anses intestinales avoisinantes. Cette dernière circonstance était elle-même capable de causer l'occlusion intestinale. En présence de tous ces phénomènes, nous décidâmes de pratiquer la laparotomie dans le cas, où il serait impossible de solliciter avant le lendemain l'évacuation du canal intestinal. Cependant, nous crûmes raisonnable de retarder l'exécution de la laparotomie en nous basant sur les faits suivants : 1° après le dernier lavement (4 litres), l'eau écoulée de l'intestin parut un peu plus colorée qu'après les précédents, et 2° il n'existait point de phénomènes menaçant la vie de notre malade: le pouls restant plein et non fréquent, enfin, 3° un lavement donné quelques heures plus tard, amena une défécation très abondante. A la suite de ces défécations, les fonctions de tube intestinal se rétablirent et l'amélioration progressive dans l'état de notre malade ne fut plus interrompue par aucune complication.

OBSERVATION 17. — *Darya Nikol...*, âgée de 53 ans, fut réglée pour la première fois, à l'âge de 18 ans ; depuis menstruation revenant toutes les 3-4 semaines, ordinairement pendant 5 jours. Dernières règles, il y a déjà 6 ans, 8 grossesses, dont une fausse couche et sept accouchements à terme ; le dernier, il y a déjà 13 ans. Environ 7 mois avant son entrée à la clinique, elle eut de la leucorrhée, qui alla en augmentant de plus en plus. Le dernier mois, la malade remarqua que l'écoulement devenait sanguinolent et parfois elle ressentit des sensations douloureuses aux reins. L'exploration montra qu'il s'agissait d'un *cancroïde du col utérin*, culs de-sac sains et mobilité de l'utérus, augmenté de volume, complètement normale. Le 23 mai 1889, comme le cancer du col était compliqué de pyométrie, le col fut pris dans une ligature solide, destinée à arrêter les écoulements de la cavité utérine. Période post-opératoire sans complications : une seule fois, la température atteignit un chiffre au-dessus de la normale 38°,3 C.

OBSERVATIONS 18 et 19. — De ces deux cas, à mon grand regret, je ne puis donner qu'une relation moins détaillée, parce que, des changements étant survenus dans le service, on perdit les rensei-

gnements plus précis qu'on avait à leur sujet. Dans les deux cas il s'agissait encore d'un *cancroïde* de la portion vaginale de l'utérus, avec culs-de-sac intacts et mobilité de l'utérus parfaitement normale. Opération absolument typique. Dans un de ces cas, indépendamment des modifications pathologiques du col utérin, la partie moyenne de la paroi postérieure du canal vaginal présentait sur une étendue d'un peu moins de 2 centimètres carrés, une infiltration dure, assez limitée, peu caractéristique par sa forme extérieure. Dans l'idée que cette altération de la paroi vaginale était aussi d'origine maligne, on pratiqua la résection de la portion correspondante de cette paroi, et on appliqua une série de sutures pour réunir les bords de la plaie opératoire. L'amélioration des malades fut parfaitement satisfaisante. Après leur sortie de l'Institut clinique, on ne les revit plus.

Observation 20.— *Matrèna Serg.*, âgée de 40 ans. Première menstruation à 22 ans ; puis chaque 3 semaines avec la durée de 7 jours. Elle a accouché dix fois ; dernier accouchement un an et sept mois avant son entrée à la clinique. Depuis six mois, les flueurs, très abondantes jusqu'alors, sont devenues sanguinolentes et s'accompagnent de douleurs au bas-ventre. La sœur de cette malade est morte à l'âge de 29 ans des suites d'un cancer utérin. L'exploration montra que l'affection cancéreuse avait détruit tout le canal du col utérin, excepté les culs-de-sac. Diagnostic : *cancer de l'utérus*. Après l'opération exécutée le 28 janvier 1886, un tampon est introduit. Par suite de la fétidité des sécrétions les tampons furent supprimés dès le dixième jour après l'opération, et l'on fit des injections au sublimé. La veille, il y avait eu élévation de la température jusqu'à 38°,7 C., tout le reste de temps la température ne dépassa pas les limites normales. *Cinq mois après, récidive.*

Observation 21. — *Itka Zew...*, 53 ans. Réglée pour la première fois à l'âge de 13 ans. La menstruation se fit ensuite toutes les 4 semaines, durée de 5-6 jours. Il y a six ans, ménopause. Pas de grossesse. Deux ans avant son entrée à la clinique, survinrent des pertes de sang atypiques. Le sang et les sécrétions, en général, provenant des organes génitaux, s'accompagnaient d'une odeur extrêmement fétide.

État actuel. L'entrée du canal vaginal est très étroite. La portion

vaginale de l'utérus est un peu augmentée, la forme en est normale. Par l'orifice externe se fait un écoulement fétide, brunâtre, mêlé de sang. Dans le fond de l'orifice externe, on peut, par la palpation digitale, reconnaître la présence de fongosités saignant facilement. L'utérus augmenté de volume a les dimensions du poing, il est parfaitement mobile. Les culs-de-sac paraissent intacts. La malade présente un état fébrile, température, 38,3° C. Pour confirmer le diagnostic de dégénération maligne développée dans la cavité utérine, nous avons, le 7 mai, à l'aide d'une curette tranchante, introduite dans l'intérieur de l'utérus, opéré le raclage. La cavité utérine présentait les dimensions de 11-12 centimètres. La curette, qui pénétrait très facilement dans la cavité de l'utérus, paraissait pour la main explorant la paroi abdominale, être immédiatement au-dessous de cette paroi. Ce fait démontrait évidemment un amincissement extrême des parois utérines. La cavité utérine fut soigneusement lavée avec une solution au sublimé sous une faible pression.

Bientôt après survint un frisson intense et la température monta jusqu'à 39°,8 C. Le lendemain matin cependant, la température s'abaissa un peu. Les frissons se reproduisirent de temps en temps, mais l'écoulement génital ne fut pas moins fétide que la veille. La propagation et l'étendue du cancer (vu qu'il ne restait d'intact que la surface externe de l'utérus) offrait dans ce cas une contre-indication à l'extirpation totale de l'utérus.

D'autre part, l'état général de la malade, la production répétée de frissons intenses, et la température fébrile, indiquaient clairement qu'il s'agissait ici d'une résorption active d'éléments putrides charriés ensuite dans toute l'économie.

De quelle manière fallait-il débarrasser l'organisme de cette résorption d'éléments septiques ?

Le procédé le plus radical nous parut devoir être le raclage rigoureux de toute la cavité utérine, suivi d'une antisepsie absolue. Mais, ce raclage fait, les parois de l'utérus nous parurent extraordinairement amincis du fait du processus destructif de l'affection cancéreuse ; et même, au moment de le pratiquer, l'idée suivante nous était déjà venue à l'esprit : n'avions-nous pas lors du premier curage, perforé l'utérus, et l'aggravation immédiate si marquée survenue consécutivement dans les symptômes généraux, n'avait-elle pas simplement été la conséquence d'une péritonite

par perforation, et de la résorption active de produits septiques ?

En résumé, étant données les conditions précédentes, et d'autre part, l'état relativement normal des tissus péri-utérins, il ne nous restait qu'à entreprendre l'extirpation totale de l'utérus, qui fut faite le 8 mai 1886. En raison de l'étroitesse extrême de l'orifice externe, en relation sans doute avec l'absence de grossesse, nous dûmes avant d'entreprendre l'extirpation totale de l'utérus, disséquer tout le long du périnée jusqu'au sphincter anal externe, après quoi nous réussîmes, quoique avec beaucoup de difficultés, à terminer l'opération. Ces difficultés furent d'une part la conséquence du volume exagéré de l'utérus, et d'autre part de l'amincissement extrême de son tissu, qui cédait sous la prise des instruments et menaçait de se déchirer à la moindre traction.

Les premiers jours après l'opération la température s'éleva jusqu'à 38°,4 C. mais ensuite elle resta normale tout le temps. Dès le second jour déjà, malgré le cathétérisme qui évacua 400 centim. cubes et plus d'urine, il se fit par les organes génitaux un écoulement de liquide qui dégageait une forte odeur d'ammoniaque. Nous avons reconnu plus tard que cet écoulement était de l'urine, s'échappant probablement d'un uretère lésé pendant l'opération.

Un mois environ après l'opération constatation déjà d'une récidive au début.

Observation 22. — *Irène Pet...* Elle ne peut dire exactement son âge, mais paraît avoir 40-45 ans. Première menstruation à l'âge de 16 ans, puis revenant toutes les trois semaines, avec une durée de 27 jours. Elle accoucha deux fois. Dernières couches, il y a 20 ans. Depuis ce temps, elle est toujours malade. Deux mois avant son entrée à l'Institut clinique, la menstruation est devenue plus prolongée, de 10-14 jours. Durant les périodes intercalaires, flueurs blanches compliquées parfois de douleurs dans les reins. Un examen rigoureux de cette malade nous permit de diagnostiquer un *carcinome* de l'utérus. Culs-de-sac parfaitement sains. Opération, le 3 mars 1888. L'ovaire droit et la trompe correspondante affectée d'*hydrosalpinx*, furent extirpés avec l'utérus. La période post-opératoire fut, dès le troisième jour, compliquée d'une pneumonie croupale. Néanmoins le 23e jour, la malade était déjà dans un tel état de santé qu'elle pouvait quitter la Clinique impunément.

Observation 23. — *Théodosie Alex....* 36 ans. Réglée pour la pre-

mière fois, à 16 ans. Menstruation toutes les 4 semaines avec une durée de 5-6 jours. Elle accoucha 5 fois. Depuis son dernier accouchement, qui avait eu lieu 3 années auparavant, notre malade ressentit des douleurs au bas-ventre et dans les reins, et se vit atteinte de flueurs blanches. Un mois environ avant son entrée à l'Institut clinique, les flueurs étaient devenues extrêmement abondantes et colorées de sang. Culs-de-sac parfaitement sains ; utérus augmenté de volume, saignant facilement et portion vaginale d'une consistance, pour ainsi dire, friable. Les autres altérations sont assez caractéristiques pour permettre de diagnostiquer un *carcinome au début (incipiens)*. Opération le 23 mai 1888. Durant trois jours après l'opération, la température offrit les chiffres de 38° C. — 38°,3 C.

OBSERVATION 24. — *Marie K...*, 49 ans. Jusqu'à la maladie actuelle, aucun trouble du côté des organes génitaux ; menstruation toujours régulière et période puerpérale toujours normale. Durant les trois dernières années, première apparition de souffrances siégeant dans l'appareil sexuel. Dans les derniers temps, elle fut traitée par des spécialistes pour des anomalies de la menstruation : menstruation très abondante et prolongée. Elle eut ensuite de la leucorrhée, et on aurait même constaté une exulcération sur le col utérin. Il y a moins d'un an, qu'elle eut recours à un gynécologiste pour des pertes sanguines considérables avec aggravation des autres symptômes. Elle subit alors l'amputation du col utérin, combinée probablement avec le raclage de la muqueuse de la cavité utérine. Les symptômes morbides qui inquiétaient la malade disparurent pour quelque temps et, après un séjour aux eaux minérales du Caucase, elle se sentit considérablement soulagée. Cependant, cette amélioration ne fut que passagère et, en automne, les symptômes précédents apparurent, surtout des ménorrhagies, plus violentes encore qu'auparavant.

Examen : utérus considérablement augmenté, indolent et parfaitement mobile. Les culs-de-sac n'offrent point de modications morbides. Les portions de la muqueuse enlevées par raclage, dans un but diagnostique, ont présenté un épaississement considérable combiné avec un développement énorme des glandes ; quelques-unes de ces dernières étaient fortement distendues et encombrées de cellules épithéliales. Diagnostic : *cancer glandulaire* (carcinoma). Opération le 28 décembre 1888.

Cette opération provoqua des pertes sanguines très considérables (grâce au développement énorme du système veineux, *varices*) et nous fûmes forcés d'appliquer ici une grande série de sutures hémostatiques. Sur l'utérus on trouva un fibro-myôme interstitiel ayant le volume d'une noix (1).

La narcose, produite par chloroforme, fut passablement accidentée, car, pour réveiller la malade, il fallut recourir à la respiration artificielle et employer tous les moyens excitants.

Suites opératoires normales sous tous les rapports et sans élévation de la température.

OBSERVATION 25. — *Pélagie Fim...* âgée de 40 ans. Première menstruation à l'âge de 14 ans, revenant ensuite en abondance chaque trois semaines, pendant 7 jours. Pas de grossesse. Elle entra à l'Institut clinique pour ménorrhagie, presque permanente depuis 3 mois. L'utérus n'est pas augmenté, il est parfaitement mobile, l'orifice externe est à moitié ouvert, la muqueuse du col utérin paraît rude, les culs-de-sac sont complètement sains. La dilatation et le raclage de l'utérus, entrepris dans un but diagnostique, permirent de constater qu'il s'agissait d'un *adénome malin*. Opération, c'est-à-dire extirpation totale de l'utérus le 1er avril 1887. Suites opératoires tout à fait satisfaisantes, la température resta toujours dans ses limites normales.

OBSERVATION 26 —*Eugénie Tim...*,39 ans, réglée pour la première fois, à 17 ans ; menstruation ordinairement chaque 4 semaines, avec une durée de 3-4 jours. Elle accoucha trois fois, dernier accouchement il y a dix ans. Les derniers trois mois avant son entrée à la

(1) Quelques auteurs ont émis l'opinion, que la coïncidence du cancer et de fibro-myôme dans l'utérus constitue une éventualité extrêmement rare. A peine serait-il juste cependant d'adopter cette opinion, basée exclusivement sur les faits cités dans la presse car : 1° le nombre de ces cas depuis qu'on s'occupe de cette question, augmente de jour en jour, et 2° on s'est surtout attaché à décrire les cas où la tumeur fibreuse offre un certain intérêt par un volume assez considérable, qui crée des difficultés à l'opération, tandis que les petits fibroïdes furent négligés. Il n'y a rien d'étonnant que les petites tumeurs aient pu être omises faute d'attention. Sur mes 30 cas, dans 3 (cités 4,7,) le cancer se compliqua de fibro-myômes, ce qui donne une proportion de 10 pour 100.

Clinique, elle avait constaté que ses règles revenaient très irrégulièrement et se prolongeaient beaucoup. Dans les périodes intermenstruelles, survenaient parfois des flueurs souvent sanguinolentes et avec une odeur désagréable.

Exploration : utérus un peu augmenté, portion vaginale privée çà et là de la couche épithéliale. Au cours de l'examen survint une hémorrhagie. Le diagnostic d'une affection maligne fut pleinement confirmé ; les examens microscopiques des pièces prises sur le col et dans la cavité utérine ont prouvé qu'il s'agissait d'un *adénome malin ;* de plus, sur quelques coupes, on pouvait même observer les détails de structure qui caractérisent le cancer alvéolaire. L'opération, faite le 1er mars 1888, dura 35 minutes. Suites opératoires complètement normales, sans élévation de la température.

Observation 27. — *Nodejda R...*, 50 ans (?). Elle avait antérieurement joui de la meilleure santé et malgré des grossesses répétées avait toujours traversé heureusement la période puerpérale. Mais il y a déjà deux ans, que ses règles étaient devenues très prolongéess, durant parfois dix jours. De plus, très abondantes, elles revenaient chaque deux semaines. Deux fois, la malade fut opérée (raclage de l'utérus), et le traitement fut dirigé contre une affection de la muqueuse utérine, mais la ménorrhagie, après l'opération, ne fut supprimée que pendant 2-3 mois. L'examen microscopique des pièces de la muqueuse obtenues par le second raclage montra qu'on avait affaire à un *adénome malin*. Toutes ces circonstances étant prises en considération, on proposa à cette malade une opération radicale, proposition que la malade accepta 2 mois après, quand la ménorrhagie se manifesta de rechef.

Opération le 15 avril 1888. Malgré la mobilité imparfaite de l'utérus, qui gênait l'abaissement de l'organe vers l'issue du bassin et la nécessité où nous fûmes de pratiquer encore l'acupuncture des points hémorrhagiques, l'opération fut achevée à peu près en 35 minutes.

Suites opératoires absolument satisfaisantes, il n'y eut qu'une seule fois élévation de la température jusqu'à 38,0° C. (10e jour après l'opération). Un an après, examinant cette femme qui, sous tous les rapports, offrait une amélioration très notable, il me fut impossible de constater soit sur le tissu de la cicatrice, soit sur tout autre point, une altération quelconque qui pût faire penser à une récidive.

Observation 28. — *Olga L...*, 46 ans. Réglée pour la 1re fois à l'âge de 14 ans, durée des règles de 5-6 jours. Depuis, menstruation chaque 3 semaines. Jamais enceinte. Il y a plusieurs années apparition de douleurs dans les reins et au bas-ventre et leucorrhée, depuis trois ans cet état morbide se compliqua, de pertes sanguines sous forme de méno et métrorrhagies, accompagnées d'un trouble notable de nutrition. L'exploration donna les résultats suivants; rétroflexion de l'utérus (résidua parametritidis et endometritidis hyperplasticæ, resp. adenoma malignum). Le 30 mai 1887, raclage de la muqueuse utérine. Six mois après, les hémorrhagies se renouvelèrent encore plus intenses et avec consentement de la malade, on pratiqua le 2 mai 1888, l'extirpation totale de l'utérus. Cet organe, suivant le diagnostic précédemment posé, paraissait être soudé par des adhérences aux parties ambiantes. Suites opératoires tout à fait satisfaisantes. Examinant notre malade trois semaines après l'opération nous pûmes constater que les bords de la plaie opératoire étaient le siège d'une infiltration inflammatoire, qui troublait à peine cette malade, ne provoquant pas trop de douleurs, et qui disparut après un traitement de 1 1/2-2 mois. Un nouvel examen, pratiqué 1 an après l'opération, montra que la situation était très satisfaisante.

Observation 29. — *Théodosie Mal...*, 44 ans. Première menstruation à l'âge de 17 ans, puis chaque 3-4 semaines, pendant 8 jours; 15 grossesses dont 4 fausses couches. Dernier accouchement, il y a 6 ans. Depuis un an hémorrhagies intenses : la menstruation ne revient pas au terme juste et a une durée excessive. Depuis deux mois, supposant qu'elle est affectée d'une endométrite, on a opéré le raclage de l'utérus. L'examen microscopique indiqua qu'il s'agissait dans ce cas d'une *endométrite hyperplastique glandulaire*. Malgré ce raclage, la ménorrhagie se reproduisit deux mois après l'opération. Le raclage de la muqueuse utérine fut répété et suivi d'une injection de teinture d'iode. Mais, par l'examen microscopique de la muqueuse utérine, nous réussîmes à constater qu'il existait ici une production abondante de glandes pénétrant, çà et là dans l'épaisseur de la paroi utérine et détruisant la couche musculaire (*adénome malin*). Les préparations obtenues n'étant pas assez significatives pour permettre d'affirmer une affection maligne, et la malade devant rester encore en notre

observation, nous remîmes l'opération au retour éventuel des accidents. Or, 5 mois s'étaient à peine écoulés que la malade se plaignait à nous d'éprouver les mêmes troubles que jadis. Comme il n'existait aucun doute au sujet de cette récidive, nous admîmes sans hésiter la nature maligne de l'affection, aussi le 5 mai 1888, pratiquâmes-nous l'extirpation totale de l'utérus et l'ablation des deux ovaires, parce que ces derniers offraient incontestablement une dégénération kystique. Les suites opératoires, malgré la déchéance profonde de la nutrition, furent normales. Le lendemain de l'opération, la température s'éleva jusqu'à 38°,5 C., mais deux jours avant l'opération, elle atteignit 38°,4 C. Ayant eu l'occasion d'observer cette malade durant toute une année, nous pouvons affirmer que, durant cette période, sa santé s'améliora considérablement. De temps en temps, elle éprouve toutefois comme des poussées congestives au cerveau.

Observation 30. — *Constance D...*, âgée de 48 ans. Première menstruation à l'âge de 17 ans, revenant ensuite toutes les 3-4 semaines, et durant de 4-7 jours. Elle accoucha 4 fois, dernier accouchement il y a 16 ans. Durant les deux derniers mois, elle fut sujette à des pertes sanguines continuelles. Explorant l'utérus, on le trouva considérablement augmenté, augmentation qui portait principalement sur la portion vaginale. La couche épithéliale de cette région se détachait facilement au cours de l'exploration, exfoliation qui amenait un écoulement de sang. Col utérin mou et succulent, orifice externe légèrement entr'ouvert. L'étude microscopique des fragments extirpés de la portion vaginale et de la muqueuse utérine) montra qu'il s'agissait d'un *adénome malin*, aussi le 7 mars 1889 nous pratiquâmes l'extirpation totale de l'utérus. Période post-opératoire tout à fait satisfaisante.

Ces 30 cas d'extirpation totale de l'utérus me permettent d'émettre quelques considérations concernant l'opération elle-même, surtout en ce qui a trait à la cure radicale du cancer utérin.

I. — Indications.

L'opération de l'extirpation totale de l'utérus est indiquée presque exclusivement, comme je l'ai déjà dit, dans les cas

de productions malignes de cet organe ; il est dès lors facile de comprendre que le degré de propagation du néoplasme est, pour le chirurgien, une question de la plus haute importance. Si l'on veut établir une distinction nette et tranchée, on peut diviser les indications de la manière suivante :

1° *Indications relatives*, correspondant aux cas où l'extirpation de l'utérus est considérée comme un procédé palliatif ;

2° *Indications absolues*, correspondant à ceux où l'opération est un moyen radical de guérison des malades.

Lors d'indications relatives, il n'est pas douteux qu'après l'opération et avant que la récidive ne survienne, les malades opérées se trouvent dans un état en tous points satisfaisant, n'ayant plus ni douleurs, ni ménorrhagies, ni écoulements fétides ; aussi l'opération, même exécutée en raison d'indications relatives, présente-t-elle sa raison d'être. Il est certain, que feu le professeur Schroeder insistait déjà sur ce fait, affirmant que cela suffisait pour motiver l'intervention opératoire.

Récemment, la question de savoir s'il fallait avoir recours à l'extirpation totale de l'utérus, lors d'indications relatives, a été le point de départ d'une vive discussion dans les séances du dernier congrès des naturalistes et médecins allemands à Cologne (1), quand Thieme eut relaté un cas, où la malade, deux ans après l'opération jouissait d'un état de santé parfaitement satisfaisant. Il est indubitable qu'un pareil fait est rare et qu'il ne s'observe que dans des conditions particulières ; aussi pour poser les indications relatives de l'extirpation totale de l'utérus, est-il impossible de donner des règles générales applicables à tous les cas, d'autant que l'on a toutes raisons de croire, que le plus souvent l'extirpation totale de l'utérus accélère l'issue fatale.

Laissant même de côté ce fait que nous soumettons les

(1) *Archiv. f. Gynäkol*, Bd XXXIII, Heft 2, s. 317. *Comptes rendus du congrès publiés* dans le *Centralblatt f. Gynäkol.*, 1888.

malades au risque de succomber par suite de l'opération elle-même, nous devons reconnaître que l'extirpation totale d'un organe avec une masse de tissus malades adjacents favorise, au moment de la récidive, la propagation de l'affection maligne aux organes internes importants, et empêche par cela même le médecin d'appliquer le raclage répété, qui, à lui seul, produit un bien-être relatif plus ou moins durable. Il faut mettre en ligne de compte la nature des éléments cancéreux et les différentes variétés de cette affection pour apprécier approximativement la rapidité d'une récidive inévitable. Si nous nous rappelons que, dans les faits en question, on est souvent obligé d'opérer au niveau de tissus malades, parfois tellement modifiés qu'il est impossible de serrer convenablement les ligatures, ce qui est nécessaire pour éviter l'hémorrhagie consécutive, il devient évident que le danger de l'hémorrhagie, associé aux autres, nous oblige à limiter l'indication de l'intervention opératoire, en pareil cas, au minimum possible.

Contrairement aux conditions relatives susindiquées, qui doivent restreindre l'indication de l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale, l'opération en question doit s'appliquer largement là où l'on peut compter encore enlever totalement l'utérus, si l'affection est parfaitement localisée. Dans de pareil cas ce procédé opératoire doit être incontestablement considéré comme un moyen unique et, en tous cas, comme le plus sûr de la chirurgie moderne.

Il est bien certain que, dans les opérations dirigées contre des cancers, il est nécessaire de disséquer aussi les tissus avoisinants, qui ne sont en apparence pas intéressés, afin d'être sûr que tout ce qui est affecté soit enlevé. Le succès de l'opération dépend essentiellement de la possibilité d'accomplir entièrement cette *conditio sine qua non*. La réalisation exacte de ces exigences, *dans la cure radicale de cancer utérin*, semble moins difficile que dans les cas où il s'agit d'extirper d'autres organes internes, affectés de cancer. Sous ce rapport l'utérus présente un certain avan-

tage par rapport à d'autres organes du corps humain. Cet avantage consiste en ce fait qu'il est en quelque sorte, isolé par rapport aux parties ambiantes, qu'il n'est en continuité qu'avec des organes relativement minces et facilement accessibles, d'où la possibilité de déterminer exactement l'état de l'appareil ligamenteux et des autres adhérences de l'utérus. D'un seul côté l'utérus est uni sur une étendue relativement large avec les parties ambiantes, dans sa portion antérieure, où il se trouve très rapproché de la vessie : aussi dans cette région est-il très difficile de préciser l'étendue de l'affection. Le degré de propagation du processus morbide destructif de ce côté ne se détermine nettement que pendant l'opération, au moment du raclage des masses cancéreuses, de l'incision et de la séparation de la paroi vaginale antérieure. Il m'est arrivé fréquemment d'être obligé de me borner à un simple raclage dans des cas, où les malades m'avaient été adressées par des collègues compétents pour subir l'extirpation totale. Dans ces cas j'ai remplacé l'extirpation par le raclage, bien que j'eusse été, avant l'opération, d'accord avec mes collègues sur la nécessité de l'opération radicale.

Le tableau clinique des cancers du fond de l'utérus est souvent si peu caractéristique, qu'on ne peut arriver au diagnostic que par le raclage, que j'exécute toujours avant d'entreprendre l'extirpation totale de l'organe. Malgré l'état parfaitement normal du museau de tanche et malgré les contours normaux de toute la portion vaginale du col, l'affection cancéreuse peut avoir déjà complètement détruit toute la paroi antérieure du col utérin et en se propageant jusqu'à la vessie avoir envahi encore la partie voisine de celle-ci. Il est évident, qu'en présence de ce fait, il est impossible, en général, d'espérer une guérison radicale, et s'il arrive que, même dans de pareilles circonstances, on réussisse à achever l'opération et à extirper l'utérus entier, on ne fait cette opération que parce que cette manière d'agir présente, pour différentes raisons, les plus grands avantages pour la

malade. Il est facile de comprendre que, dans ces cas, l'opération n'est effectuée que d'après des indications relatives.

Non seulement il faut se rendre compte du degré de propagation du cancer aux organes avoisinants mais encore il faut établir jusqu'à quel point cette affection maligne a envahi les diverses parties du corps utérin qui sont plus ou moins éloignées du foyer primitif de la maladie. La détermination exacte de ce fait présente une très grande importance puisqu'il s'ensuit l'indication d'appliquer tel ou tel procédé d'intervention opératoire.

Comment se comporte le corps de l'utérus lorsque le cancer envahit la partie vaginale de l'utérus et inversement? Pour résoudre cette question, il faut étudier successivement les diverses variétés de l'affection cancéreuse et le degré de sa propagation. Le côté anatomo-pathologique de cette question extrêmement importante et pleine d'intérêt, donnant lieu à des considérations spéciales, qui feront l'objet d'un mémoire ultérieur, je n'aborderai ici que les points qui me paraissent avoir quelque importance pratique au point de vue de l'indication de l'intervention opératoire. Prenant pour base l'état *actuel* de la question, nous devons admettre la *nécessité de l'extirpation de l'organe entier* dans tous les cas où il s'agit de l'affection cancéreuse de la portion vaginale de l'utérus. Cette nécessité est soutenue par de nombreux partisans comme Fritsh, Landau, Strotz, etc. Elle est basée sur les faits suivants : 1° dans la plupart des cas il est bien difficile d'établir exactement la limite entre les parties saines et les parties malades de l'utérus; 2° jamais on ne peut être sûr que, pratiquant l'incision dans les parties saines, on ne laisse pas un foyer cancéreux qui n'a pas encore atteint son complet développement.

Des observations intéressantes à cet égard ont été publiées par Strotz (1) et Binswanger (2) : sur l'utérus extirpé

(1) STROTZ. Eine Modification des Uterusextirpation per Vaginus. *Centralblatt f. Gyn.*, 1888, n° 50.

(2) FRITSCH. *Archiv. f. Gynäkol.*, 1887, XXIX, Bd II, Heft 3, s. 362.

pour un cancer du col on pouvait constater la présence de foyers cancéreux parfaitement isolés, dont l'existence n'avait été nullement soupçonnée avant l'opération. Ces foyers cancéreux s'étaient probablement développés indépendamment et sans aucun lien avec la partie affectée, dont la lésion avait conduit à l'extirpation de l'utérus. De même, dans le cas de Schrœder où l'on n'avait affaire qu'à un cancer du col *seul*, où selon toutes les données, on pouvait espérer que tous les tissus modifiés par le cancer étaient extirpés par une résection partielle du col, il se manifesta cependant bientôt une récidive, qui conduisit à l'extirpation totale de cet organe nécessaire pour obtenir une guérison radicale. Il est évident que, par suite de ces conditions, l'extirpation secondaire de l'utérus pourrait aggraver considérablement le pronostic. Moi-même, une fois, j'ai dû extirper l'utérus entier (cas 11) un mois et demi après que la malade avait été opérée par un spécialiste gynécologiste. Dans ce cas, l'opérateur, qui m'avait précédé, n'avait amputé que le col utérin espérant ainsi arrêter le développement de la maladie. Quand la malade s'adressa à moi, la récidive s'était localisée sur la cicatrice; l'état des culs-de-sac vaginaux et de tous les tissus péri-utérins plaidait en faveur d'une extirpation totale de cet organe. Cependant, trois mois après l'opération survinrent les traces évidentes d'une récidive.

Dans un cas analogue, un à deux mois après l'amputation du col, j'ai vu de même la récidive sur la cicatrice mais en même temps l'état des culs-de-sac excluait l'indication d'une opération radicale. Bien que ces divers faits établissent nettement que même une affection *partielle* de l'utérus commande l'extirpation de l'organe *entier*, qui risque moins de laisser intact un foyer cancéreux plus ou moins éloigné, nous devons discuter le conseil de Schrœder et de ses élèves (Ruge et Veit) qui se bornent à extirper exclusivement la partie affectée de l'utérus, si l'opération est entreprise opportunément. En principe il serait certainement

toujours désirable si l'affection était localisée au col utérin de se borner exclusivement à l'amputation de la partie affectée sans priver la femme de l'organe entier ; mais nous devons à regret dire que cette manière d'agir ne pourra raisonnablement s'appliquer que dans un avenir plus ou moins lointain, lorsque le diagnostic du cancer en général et le moyen de distinguer nettement le tissu normal du tissu affecté par le cancer sera bien connu. La difficulté de déterminer les limites exactes, au moment de l'opération entre les tissus affectés et les tissus sains ne se présente pas seulement dans les cas de cancer glandulaire, qui ont tendance à se propager de préférence à la surface de la muqueuse vers la profondeur de la cavité utérine, mais aussi dans des formes de cancer épithélial (cancroïdes) plus facilement reconnaissables.

Récemment, quelques auteurs allemands (Landau, Abel, Fräenkel), ont donné de l'importance à ce fait, que par suite de la lésion du col utérin, la muqueuse de la cavité du corps de l'utérus était soumise à de profondes modifications. Ces modifications sont souvent tellement nettes, qu'on peut les déterminer même macroscopiquement. Bien qu'il n'existe point d'objections sérieuses aux rapports de dépendance qui existent entre la modification de la muqueuse de la cavité utérine et l'existence d'un cancer du col de l'utérus, nous ne pouvons cependant pas admettre que la question soit complètement éclaircie et résolue ; elle est encore de date trop récente, et ces modifications sont loin d'être suffisamment étudiées.

De même, l'opinion qui veut que ces modifications de la muqueuse utérine soient de nature maligne et sarcomateuse (Abel, Waldeyer) ne peut être regardée comme définitivement établie quoiqu'elle paraisse probable.

Ces diverses considérations nous obligent, dès que le diagnostic du cancer est fait, même dans ses premières périodes, à préférer l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale aux autres procédés opératoires qui se bornent à la résection

partielle d'une portion plus ou moins grande de l'utérus. Quant aux objections des adversaires de cette opération qui disent que l'amputation du col utérin est moins grave pour les malades que l'hystérectomie totale, elles ne supportent pas la discussion, le tant pour 100 de la mortalité après l'extirpation totale pouvant, dès aujourd'hui, supporter la comparaison avec la mortalité qui suit l'amputation sus-vaginale haute du col utérin, indiquée dans ces cas par les susdits adversaires.

Dans le *Traité de gynécologie*, récemment publié en russe, par le professeur Slaviansky, le pourcentage de mortalité de cette dernière opération (page 678) est de 9,5 0/0. En comparant ce chiffre avec les résultats de l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale publiés dernièrement, on voit que la mortalité chez Fritsch est égale à 10 0/0 ; chez Léopold, 6,2 0/0, et chez moi, 0,0 0/0. Il est évident que ces résultats de l'extirpation totale peuvent être avantageusement mis en opposition avec les résultats de l'amputation haute du col utérin.

En résumant les données précédentes, nous arrivons à la conclusion seule possible, que tous les avantages appartiennent à l'extirpation totale de l'utérus, opération plus radicale et pas plus dangereuse que la résection partielle du col utérin.

Les raisons avancées en faveur de l'extirpation totale de l'utérus dans les affections du col utérin, peuvent être opposées encore avec plus de force à l'amputation du corps de l'utérus par hystérotomie (Schroeder), quand le col utérin ne paraît pas affecté et qu'on a diagnostiqué un cancer du corps de l'utérus. Dans des cas semblables, sans égard au danger incomparablement beaucoup plus grand pour la malade qui résulte de la laparotomie, le principe conservateur manque absolument de raison d'être. Si, en amputant le col utérin on peut espérer que l'utérus intact pourra encore fonctionner, il n'en est pas de même lorsqu'on ampute le corps en conservant le col. Aussi dans les cas de ce genre, la chi-

rurgie conservatrice ne sera-t-elle justifiée que dans l'avenir, si l'on trouve le moyen d'opérer sans risquer la vie des malades pour satisfaire à un principe conservateur.

(*A suivre.*)

ENDOMÉTRITE ET CURAGE

Par **L.-G. Richelot**, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Tenon.

Le traitement chirurgical des métrites a pris depuis quelques années une importance toute nouvelle. Mais je ne veux pas, en ce moment, l'étudier en détail, ni montrer comment la notion de diathèse, quoique juste et pouvant servir à compléter les résultats obtenus, est néanmoins reléguée au second plan, et comment celle d'*endométrite* par infection, tenant sous sa dépendance les lésions consécutives du corps et des annexes, vient légitimer la thérapeutique locale, ordinairement suffisante et toujours nécessaire.

Je ne veux pas davantage établir un long parallèle entre les divers procédés chirurgicaux bien qu'il y ait là, par le temps qui court, une étude fort intéressante à faire. Je désire seulement relater un fait, banal au premier abord, puisqu'il s'agit d'une endométrite guérie par le curage, mais qui met bien en lumière l'efficacité du traitement dans un cas des plus rebelles, et qui me permettra d'ajouter quelques mots de commentaire sur la valeur de ce procédé.

Pourquoi donc un auteur, quand il est en possession d'un instrument qui lui rend service, ne peut-il échapper à la tentation de déprécier ceux dont il n'a pas une égale expérience ? Chacun de nous a ses habitudes et suit la voie qui lui donne le succès ; à des mains différentes ne conviennent pas les mêmes actes, et ce serait folie de vouloir uniformiser la pratique chirurgicale. Au-dessous des idées directrices, au-dessous des méthodes il y a les procédés, qui sont quelquefois de valeur presque égale, et surtout peuvent se suppléer utile-

ment quand changent la main qui opère, le milieu, les aides, le malade lui-même.

M. Dumontpallier, en présentant à l'Académie son traitement de l'endométrite par le crayon de chlorure de zinc, a sagement fait de ne pas dénigrer les autres. A mon tour, je ne dirai aucun mal de son procédé, dont je n'ai pas l'expérience, car je ne veux pas tomber dans le travers que je viens de signaler, et d'autre part, j'ai confiance dans les assertions et dans les faits de notre collègue. Aussi n'est-ce pas à lui que s'adresse la courte discussion qui va suivre.

On a dit que les chirurgiens abusaient du curage. L'abus, vous le trouverez partout, dans toutes les questions. Voulez-vous parler des excès motivés auxquels se livrent les faiseurs d'affaires ? Vous prenez une peine bien inutile. Voulez-vous dire que, dans l'application d'un procédé encore jeune, quelques-uns ont d'abord méconnu les indications justes ? Ce n'est pas nouveau, et le reproche est banal. Entendez-vous enfin que le curage de l'utérus dans l'endométrite a une valeur douteuse, un champ d'action limité? C'est alors qu'il faudrait justifier votre dire, en serrant la question d'un peu près.

Les *endométrites cervicales* récentes s'améliorent et se guérissent peu à peu avec les pansements antiseptiques, l'iodoforme, les caustiques légers, le thermocautère; les *endométrites du corps*, dans les mêmes conditions de bénignité, cèdent à la médication intra-utérine par l'iodoforme, les badigeonnages iodés, etc. Mais si la muqueuse utérine est le siège d'une inflammation chronique, invétérée, avec fongosités, hémorrhagies, suppuration, alors il faut la modifier profondément ou la détruire, et le curage fait merveille; c'est le traitement par excellence de l'endométrite rebelle. S'agit-il du col, la curette ne vaut plus rien, il faut aviver et suturer les déchirures latérales par le procédé d'Emmet, ou emporter la muqueuse malade et reconstituer le museau de tanche par le procédé de Schrœder. Et comme les états graves de la muqueuse utérine coïncident très sou-

vent avec un gros col en éversion, congestionné, catarrheux, il m'arrive très souvent aussi de faire dans la même séance, après deux ou trois jours de dilatation, le curage et la résection anaplastique du col. On peut guérir ainsi — guérir sérieusement — dans un délai de quinze jours au maximum, des métrites que l'ancienne gynécologie laissait traîner pendant des mois et des années, pour n'arriver trop souvent qu'à des améliorations passagères.

En présence de ces faits, je demande ce que veut dire l'abus du curage. Si par hasard on l'emploie pour une endométrite qui aurait pu céder à des moyens plus simples, on risque de faire un peu plus que le nécessaire et de guérir la malade un peu plus vite qu'elle ne l'exigeait, voilà tout. Restent toujours à l'actif du procédé la possibilité d'une grossesse ultérieure — je l'ai constatée comme bien d'autres — et l'innocuité parfaite.

On a dit que le curage n'était pas sans danger. Voilà une proposition contre laquelle je m'élève d'une manière absolue. On peut abaisser l'utérus, le dilater, l'inciser, le gratter, sans provoquer la plus petite réaction fébrile. Les malheurs qu'on a mis autrefois sur le compte du simple abaissement, sont des accidents septiques dus à la piqûre du col par des instruments sales, dans un milieu non désinfecté. Chez les femmes les plus sensibles, qui jettent des cris au moindre attouchement du col, « l'intolérance utérine » n'existe pas ; car *l'intolérance utérine, c'est l'inoculation*. Craignez-vous l'inhabileté ou le manque de soins de l'opérateur ? Il me semble aussi facile d'appliquer un caustique de travers que de faire un curage maladroit.

On a dit enfin que le curage n'était pas toujours efficace. Cela doit être bien vrai, car le curage a été mal fait par plus d'un, je n'en doute pas. Ce n'est pas qu'il soit difficile, mais encore faut-il savoir le but qu'on se propose. Il s'agit, non pas d'effleurer la muqueuse pour ébarber les fongosités, mais bien de l'abraser jusqu'à ses couches profondes, car elle est malade dans toute son épaisseur, et de la détruire

aussi complètement que possible afin qu'elle cède la place à une muqueuse nouvelle. Il faut opérer longuement, revenir sur tous les points avec insistance, et ne pas craindre de mettre à nu le tissu musculaire, car le pansement intra-utérin, badigeonnage créosoté, iodoforme, etc., met à l'abri des accidents. Ajoutons que, s'il y a un gros col à traiter, le curage seul est insuffisant; l'opération sur le col peut être la principale et quelquefois la seule chose à faire. En d'autres termes, il ne faut pas négliger le diagnostic et se conduire empiriquement.

A la rigueur, j'aurais pu répondre au reproche d'insuffisance que nul traitement n'est infaillible. Sur les cent malades de M. Dumontpallier, nous trouvons quelques guérisons incomplètes; l'auteur signale certaines précautions à prendre pour éviter l'atrésie post-opératoire; enfin, n'y a-t-il pas çà et là des utérus peu complaisants qui n'admettent pas les tiges médicamenteuses sans avoir été préparés, et ne voit-on pas déjà quelques inconvénients poindre à l'horizon, à côté des avantages et surtout de la séduisante simplicité du chlorure de zinc ? Mais encore une fois, je ne fais pas le procès du crayon caustique, et je reconnais pleinement son droit à l'existence; mon seul but est de prouver que, s'il est utile aux malades, ce n'est pas une raison pour que la curette leur soit devenue mauvaise et ait perdu subitement le pouvoir de nous donner des guérisons rapides et complètes, quelquefois merveilleuses. On en jugera par le fait suivant.

J'ai opéré, le 20 juin 1889, Mme Lydie W..., de St-Pétersbourg, malade depuis douze ans. Son histoire est longue et accidentée; je pourrais, des notes qui m'ont été remises, extraire seulement quelques points essentiels, mais j'aime mieux en suivre pas à pas tous les détails, quitte à rendre ce récit fastidieux, pour vous montrer comment les avis multipliés de savants distingués et de praticiens illustres, consultés en Allemagne et en Suisse, ne suppléent pas tou-

jours à l'absence d'une direction, d'une méthode allant droit au but, et peuvent n'aboutir qu'à de longues années de souffrances désespérantes; comment enfin, chez Mme W..., la ténacité du mal et la variété des traitements subis contrastent avec la simplicité extrême et la brièveté du dénouement.

Elle s'est mariée en 1875; le 11 août 1876, premier accouchement, normal et à terme. Redevenue enceinte au bout de quelques mois, elle eut, à partir de la dixième semaine, une faiblesse et un amaigrissement progressifs, puis des hémorrhagies sans cause apparente, qui la conduisirent à une fausse couche de trois mois et demi.

Elle se remit péniblement; l'involution se fit mal, le col resta ouvert, d'abondants écoulements et des règles prolongées dénotèrent la présence d'une « endométrite cervicale ». Le séjour à la campagne, les cures de Franzensbad et de Biarritz rétablirent quelque peu les forces. L'endométrite fut améliorée par la teinture d'iode et les scarifications.

La troisième grossesse, qui commença bientôt, fut bonne pendant les trois premiers mois. Puis revinrent la faiblesse, le manque d'appétit, les hémorrhagies modérées, mais accompagnées cette fois de douleurs dans le bas-ventre; au bout d'un mois, la malade se sentit mieux et la grossesse parvint à terme, mais l'enfant, qu'on dut extraire, était faible, mal conformé et ne vécut que dix jours.

En mars 1881, quatrième couche normale après une grossesse facile. En mai 1883, cinquième grossesse, et retour des hémorrhagies à partir du troisième mois. Au retour de la campagne, en octobre, la malade se mit au lit pour éviter une fausse couche; néanmoins les hémorrhagies continuèrent, et devinrent si abondantes qu'on dut recourir au tamponnement. Puis, au commencement de la vingt-neuvième semaine, elle accoucha d'une petite fille. L'enfant était saine et bien conformée, mais elle mesurait à peine 39 centimètres, et elle pesait, le neuvième jour, 1,432 grammes; elle a aujourd'hui 6 ans et se porte bien.

Les suites de couches furent assez bonnes; mais, quelque temps après, faiblesse générale, douleurs dans les reins et dans le ventre, surtout à gauche; pertes blanches, constipation opiniâtre. A l'examen, érosion et déchirure bilatérale du col; utérus un peu augmenté de volume, en « latéro-version droite ». Ce dernier terme signifie sans doute que le col était repoussé à droite, car le cul-de-sac gauche était élargi, et le ligament large du même côté était « raccourci et épaissi à son bout utérin ». La matrice était mobile, mais les mouvements imprimés de gauche à droite ou d'arrière en avant causaient une forte douleur. On prescrivit : badigeonnages iodés sur le col, scarifications, injections boriquées; à l'intérieur, fortifiants (fer, arsenic, etc.) et hydrastis canadensis. Les injections d'eau chaude, recommandées par le docteur H..., étaient mal supportées.

Pendant l'été de 1884, la malade fut empêchée d'aller aux eaux et tourmentée par la santé de son enfant. En automne, l'état local n'avait pas changé, mais l'état général devint plus mauvais, la faiblesse et l'excitation nerveuse augmentèrent beaucoup, les douleurs dans le bas-ventre et les reins étaient continuelles. En décembre, elle devint enceinte pour la sixième fois, et pendant quatre semaines les douleurs disparurent; mais bientôt revinrent l'affaiblissement, la pesanteur hypogastrique, les nausées et le dégoût des aliments. L'utérus étant toujours dévié, on voulut le redresser par un pessaire, qui devint bientôt insupportable — je le crois sans peine — et dut être enlevé le neuvième jour à cause des douleurs et des écoulements. A la fin du troisième mois reparurent les hémorrhagies, et bientôt enfin la fausse couche. Convalescence normale, douze jours de repos, accalmie; les règles se montrent à la fin de la cinquième semaine, et durent neuf jours.

Nous sommes en 1885; Mme W... a eu six grossesses, deux seulement ont été normales. Pendant les années 1880 et 1881, elle a reçu les soins du professeur Hz..., qui a diagnostiqué « métrite chronique, et périmétrite à un faible degré » ; de

plus, il a cru sentir « une tumeur d'environ 2 centimètres, probablement un fibrome de la paroi utérine ». A la deuxième fausse couche, on avait trouvé sur la caduque un point où « sa jonction avec l'utérus paraissait interrompue et anormale », comme s'il y avait en ce point une lésion qui expliquerait les hémorrhagies survenues pendant plusieurs grossesses. Les autres médecins n'attachaient à ce détail aucune importance et assuraient n'avoir rien constaté dans l'utérus.

Au dire de la malade, le Dr H... est le seul qui, pendant l'examen, en touchant un certain endroit, provoqua la douleur aiguë dont elle souffrait habituellement. Par malheur, il assura que la maladie n'était pas sérieuse et qu'elle serait bientôt guérie par les irrigations d'eau chaude; il ne dit rien sur le siège ni sur le caractère du mal.

Tous ces tâtonnements ne donnaient aucun résultat ; on croyait tantôt à une maladie de l'ovaire gauche, tantôt à une lésion utérine au niveau de l'insertion du ligament de l'ovaire, tantôt à une inflammation chronique du ligament large. Après un séjour à l'étranger, comme la malade ne cessait de souffrir et qu'à son retour « les gynécologues ne constataient rien, en fin de compte, dans le domaine de leur spécialité », le professeur E... admit une maladie des reins, une colique néphrétique ayant pour cause l'excès d'acide urique démontré par les analyses. Une cure entreprise dans cette direction avec le carbonate de lithine ne fit qu'aggraver la situation; le sommeil et l'appétit disparurent; les douleurs, qui jusque-là offraient des rémissions, devinrent continuelles. Elles s'accompagnaient d'un gonflement douloureux de l'épigastre; elles irradiaient vers les reins et les cuisses, de telle façon que la malade pouvait à peine marcher.

Nous arrivons au mois de janvier 1887. Mme W... profite d'un séjour à Berlin ; mais Schrœder souffre déjà de la maladie qui doit l'emporter, c'est le Dr V... qui l'examine à la place de Schrœder. Il trouve « une inflammation de la muqueuse utérine sur un point circonscrit, nettement dessiné,

très sensible au contact ». Il affirme ce diagnostic et ne doute pas de guérir le mal complètement par une opération facile et sans danger, le grattage du point en question (auskratzung). L'assurance du Dr V... décide la malade ; l'opération est faite le lendemain, sans préparation, sans dilatation de l'utérus ; l'opérée se lève au bout de quatre jours, puis, pendant deux semaines, elle subit tous les jours une manœuvre intra-utérine qu'elle ne peut décrire, mais qui lui cause « une affreuse douleur ». Les deux semaines écoulées, on lui déclare qu'elle est guérie ; elle quitte Berlin, souffrant toujours ; la douleur est telle en août et septembre, qu'elle revient consulter le professeur O..., qui déclare que le premier grattage a été insuffisant, et qu'il faut en faire un second. Mais elle refuse et rentre à Pétersbourg, ayant perdu toute confiance et n'ayant plus de courage. Depuis ce moment jusqu'à la présente année, les douleurs continuent avec des alternatives de mieux et de pire, et quelques rémissions pendant les règles. Mme W... est triste, nerveuse, et mène une vie lamentable.

C'est alors que les instances de sa belle-sœur la décident à venir à Paris. Après la Russie, la Suisse et l'Allemagne, elle consent à demander secours à la France.

J'avoue que la situation ne me parut pas extraordinaire, et que l'utérus de cette dame ne m'offrit aucun problème difficile à résoudre. Il était sensible au toucher, mobile et sans flexion ; le col, entr'ouvert et un peu gros, semblait attiré vers le cul-de-sac latéral gauche ; la souplesse était normale dans les deux culs-de-sac, mais, en portant le doigt très haut sur le côté gauche du col, en même temps que l'autre main déprimait la paroi abdominale, on trouvait un point dur et sensible au niveau de la corne utérine ; rien de plus. Au spéculum, le col était congestionné, béant, mais il n'y avait ni ulcération ni éversion de la muqueuse Au cathétérisme, la sonde pénétrait assez bien, mais au moindre contact la muqueuse utérine saignait un peu et la malade jetait un cri de douleur. L'utérus descendait à peine sous les tractions, retenu à gauche par l'adhérence qui tirait

le col de ce côté. Cavité, 8 centim. 1/2 ; catarrhe muco-purulent.

Il n'était pas difficile de constater une vieille métrite, ayant retenti sur les annexes. Mais que dire sur le degré de ces lésions, leur valeur respective, leur rôle dans les souffrances de la malade, et par suite les indications qu'elles faisaient naître ? Endométrite ancienne de douze ans, d'origine puerpérale, muqueuse utérine profondément atteinte, voilà qui ne pouvait faire l'objet d'aucun doute. Je me gardai bien de chercher un point malade sur la muqueuse, comme on l'avait fait à Berlin; cette finesse de localisation, qui peut être valable en certains cas, n'avait ici aucune raison d'être. Quant aux lésions des annexes, depuis longtemps elles accompagnaient la métrite, mais, au lieu d'évoluer activement et d'aboutir à des collections séreuses, hématiques, purulentes de la trompe ou de l'ovaire, elles avaient marché lentement, s'étaient pour ainsi dire dérobées au diagnostic, si bien qu'on avait parlé tour à tour de périmétrite, d'ovarite, d'inflammation du ligament large, de fibrome, et semblaient transformées aujourd'hui en quelque vieille adhérence avec induration au niveau de la corne gauche. Fallait-il les accuser d'être l'origine des douleurs ? Avaient-elles une si grande importance ? Tel était le seul point délicat : en traitant l'utérus, je risquais de laisser des ovaires malades et douloureux; en enlevant les ovaires, je m'exposais à faire une laparotomie inutile pour de vieilles lésions endormies, sans toucher à la vraie cause du mal

Les signes de la métrite sautaient aux yeux ; les douleurs hypogastriques n'étaient pas localisées à la région des ovaires : tout compte fait, l'état morbide de l'utérus paraissait dominer la situation. J'appelai en consultation Terrier qui n'hésita pas à me conseiller le traitement chirurgical de la métrite, me disant qu'on pourrait toujours aller plus loin si la guérison n'était pas obtenue d'emblée ; et Landouzy, qui fit un examen médical approfondi et me donna carte blanche.

L'opération décidée, je commençai par dilater l'utérus

pendant quelques jours avec les tiges de laminaire iodoformée. La dilatation lente n'est pas toujours nécessaire, mais elle amène un relâchement des tissus, une détente favorable, et elle commence l'antisepsie utérine. Ma malade n'avait pas eu à se louer, comme on l'a vu, d'un curage fait au pied levé, sans préparation.

La dilatation fut interrompue par les règles, venues prématurément, et le curage de l'utérus eut lieu le 20 juin. Je ne décrirai pas l'opération : badigeonnage de la cavité avec la glycérine créosotée, action prolongée de la curette sur tous les points. La muqueuse fut grattée longuement, avec une certaine vigueur ; je m'arrêtai quand je vis que la curette ramenait, non plus des fongosités ou des lambeaux muqueux, mais des parcelles de tissu musculaire. C'est alors seulement que je fis un dernier badigeonnage et que je laissai un crayon d'iodoforme.

Vu l'ancienneté de la maladie, je trouvai utile de diminuer l'épaisseur du col, dont le tissu sclérosé pouvait avoir sa part dans les symptômes. La congestion, d'ailleurs, avait bien diminué depuis la dilatation. Je fis, à droite, et à gauche une petite résection oblique de chacune des deux lèvres, comme on le fait pour aviver les déchirures latérales dans le procédé d'Emmet, et en respectant la muqueuse du canal cervical pour éviter l'atrésie ultérieure. Chaque plaie latérale fut réunie par deux fils de catgut. Si je ne fis pas la résection anaplastique du col par le procédé de Schrœder, que je préfère d'une façon générale, c'est qu'elle est beaucoup plus difficile à exécuter quand l'utérus ne veut pas descendre.

La malade resta au lit quinze jours, sans fièvre, sans douleur d'aucune sorte. Elle se leva, et fut tout étonnée de ne pas souffrir ; elle se mit à marcher, elle reçut des visites, et le mal ne revenait pas. On trouvait alors, au spéculum, un col toujours attiré vers la gauche par la vieille adhérence, mais rose et congestionné, sans trace de catarrhe. M[me] W... est partie pour Biarritz en parfait état, ayant bon appétit, bon sommeil, heureuse et délivrée.

Il m'a paru intéressant de suivre pas à pas cette longue histoire, et de vous montrer une maladie rebelle pendant douze ans, terminée par une opération bénigne suivie d'un repos de quelques jours. L'observation de M[me] V... justifie l'opinion que j'ai émise sur la valeur du curage, aidé ou non d'une opération sur le col, dans l'endométrite rebelle ; d'autant mieux qu'elle est un exemple entre mille de ce que peut faire ce mode de traitement. Je l'ai choisie parce qu'elle est remarquable à certains égards, mais j'ai maintenant par devers moi un grand nombre de cas analogues, car il ne se passe guère de semaine, à l'hôpital Tenon, où je n'aie l'occasion d'appliquer cette méthode ; et toujours, si je mets à part quelques lésions des annexes que j'ai méconnues d'abord ou volontairement négligées pour traiter l'utérus, et qui, restées douloureuses, m'ont forcé plus tard à une intervention radicale, toujours le curage m'a donné les mêmes résultats sans le moindre danger. Aussi ai-je le droit, sans contester les succès obtenus par d'autres moyens, de rester fidèle au curage et de le maintenir, autant qu'il est en moi, au rang qu'il a su légitimement conquérir.

REVUE CLINIQUE

RÉTROVERSION RÉCIDIVANTE DE L'UTÉRUS GRAVIDE CHEZ UNE MULTIPARE AYANT UN PROLAPSUS DU VAGIN. TROUBLES VÉSICAUX GRAVES AU TROISIÈME MOIS DE LA GROSSESSE. TENTATIVES INFRUCTUEUSES DE RÉDUCTION MANUELLE. RÉDUCTION FACILE A L'AIDE D'UN BALLON TARNIER PLACÉ DANS LE RECTUM. GUÉRISON. ACCOUCHEMENT SPONTANÉ A TERME

Par **H. Varnier.**

D..., 32 ans, ménagère, d'une bonne santé habituelle, bien réglée depuis l'âge de 15 ans (10 jours, sans douleurs) s'est mariée à 17 ans.

A 18 ans elle accoucha pour la première fois, à terme, d'un garçon vivant qui présentait le sommet. Le travail fut compliqué de 18 accès d'éclampsie. D..., resta folle pendant 6 semaines et présenta pendant deux mois de l'hémiplégie gauche. Elle allaita néanmoins son enfant pendant les deux premiers mois, eut son retour de couches au bout de 6 mois et se rétablit dès lors complètement. L'enfant, élevé au biberon à partir du 2e mois, succomba à 21 mois.

Dix mois après ce premier accouchement, D... redevint enceinte. La grossesse évolua sans complications ; l'accouchement se fit à terme, mais l'enfant qui présentait les pieds et le cordon, mourut pendant le travail. Les urines, examinées pendant le cours de la grossesse et pendant le travail, n'ont jamais renfermé d'albumine. Les suites de couches furent normales ; six semaines après l'accouchement les règles reprirent leur cours régulier.

Trois ans plus tard, troisième grossesse, absolument normale. D. accouche à terme, spontanément, d'un garçon vivant présentant le sommet. La sage-femme qui l'assistait dut faire la délivrance artificielle. Les suites de couches furent néanmoins normales ; D. se levait le neuvième jour.

Treize jours plus tard, en faisant son lit, elle éprouve une gêne notable du côté des organes génitaux externes et constate qu'il lui sort de la vulve « une boule de chair grosse comme un œuf ». Elle fait chercher la sage-femme qui l'avait accouchée et qui, reconnaissant « une descente du vagin » la maintient au lit durant quelques jours. Mais bientôt D. se lève et, pour maintenir les parties descendues, se résigne à porter habituellement une serviette en guise de bandage. Les règles revinrent à l'époque habituelle et ne furent jamais douloureuses.

Nouvelle grossesse deux ans après.

La descente du vagin persistait toujours au même degré.

Vers le troisième mois de cette quatrième grossesse, D. *se levant un matin pour uriner, éprouve une vive douleur dans le bas-ventre et ne peut expulser une seule goutte d'urine.*

Un médecin appelé à ce moment se contente d'ordonner le repos au lit et une potion qui n'agit naturellement pas sur la rétention d'urine. *Cette rétention dura trois jours, pendant lesquels la malade n'urina que goutte à goutte, par regorgement. Puis brusquement, le 3e jour, la miction redevint possible et* D. *expulsa volontairement une grande quantité (qui n'a pas été mesurée) d'urine extrêmement fétide. Le 9e jour après le début des accidents* D. *fut considérée comme guérie.* Elle reprit ses occupations et n'éprouva plus aucune gêne pendant toute la fin de sa grossesse. *La descente du vagin disparut peu à peu.* L'accouchement eut lieu à terme spontanément, et dura 35 heures. L'enfant du sexe féminin, de poids moyen, fut élevé au sein et est actuellement vivant. D. se leva le 9e jour, allant très bien. Les règles qui reparurent six semaines plus tard ont toujours été régulières et indolores. Jamais le moindre trouble de la miction ni de la défécation. Réapparition du prolapsus vaginal.

Au début de 1887 (6 ans plus tard) D... commence une cinquième grossesse. Elle a eu ses règles pour la dernière fois du 26 décembre 1886 au 4 janvier 1887.

Tout d'abord la grossesse ne présente rien d'anormal. Pas la plus petite sensation de gêne dans le bassin ; la vessie et le rectum fonctionnaient bien.

Puis brusquement, le matin du dimanche 3 avril, D... *voulant uriner ne peut y parvenir.* Un médecin mandé ordonne un lavement laudanisé et le repos au lit. *La malade reste ainsi 3 semaines* urinant goutte à goutte, involontairement, souffrant de douleurs atroces dans le ventre qui était devenu très gros. Les jambes et les pieds étaient enflés.

A la fin, le 25 avril, l'état empirant, un autre médecin fut mandé. Il pratiqua le cathétérisme et retira de la vessie 4 litres d'urine sur les caractères de laquelle D... ne peut donner aucun renseignement. La rétention persistant on fit les jours suivants 3 autres cathétérismes qui donnèrent 4 litres, 3 litres, puis 2 litres. Le dernier cathétérisme

fut fait 2 jours avant l'entrée à l'hôpital, le lundi 2 mai.

Le même jour, vers 6 heures du soir, la malade s'aperçut *qu'elle perdait du sang par la vulve*. Croyant qu'elle allait faire une fausse couche elle fit mander la sage-femme qui lui assura que le sang venait de la vessie.

Le mercredi 4, son médecin se décida à l'envoyer à la Maternité de Lariboisière où elle arriva à 3 heures de l'après-midi.

Voici ce que je constatai à l'entrée :

Femme pâle et émaciée, se traînant avec peine, apyrétique. La chemise est abondamment tachée de sang comme elle le serait par une hémorrhagie d'avortement. Pas de coliques utérines, mais douleurs vives dans tout le ventre qui est sensible à la plus légère pression.

A l'hypogastre, la vue et le palper permettent de délimiter une tumeur médiane, globuleuse, régulière, rénitente qui atteint l'ombilic.

Par le toucher on sent l'excavation entièrement remplie par une autre tumeur dure, régulière, immobile, comme maçonnée dans le bassin, qui aplatit le rectum et comble la concavité sacro-coccygienne. En avant de cette tumeur le doigt, montant étroitement serré derrière les pubis, pénètre dans un cul-de-sac très profond et atteint très haut, au droit du bord supérieur de la symphyse, le col de l'utérus dont le museau de tanche fait face en avant.

Les renseignements recueillis sur les antécédents de cette femme, les constatations précédentes imposaient le diagnostic : *Rétroversion de l'utérus gravide de* 3 *mois* 1/2 *à* 4 *mois ; rétention d'urine consécutive datant de près d'un mois. Cystite hémorrhagique.*

Le cathétérisme vésical confirma ce diagnostic ; il permit de retirer de la tumeur hypogastrique, qui disparut, 2 litres de sang presque pur.

La vessie fut lavée avec une solution chaude d'acide borique dont une petite quantité y fut laissée. Il fut impossible, la vessie vidée, de remettre en place l'utérus qui paraissait absolument enclavé dans l'excavation.

La rétention persista.

Jusqu'au lendemain 5 mai à 3 heures du soir je retirai, par des cathétérismes répétés toutes les six heures et suivis de lavages boriqués, 3 litres d'urine très trouble et exhalant une odeur de plus en plus infecte.

En présence de ces phénomènes vésicaux graves il devenait urgent de tenter la réduction, à peine de voir se produire ces accidents terribles que nous avons étudiés ici même il y a quelques années (1), M. Pinard et moi, à propos d'une observation recueillie dans ce même service, en 1885.

Le 6 au matin, la femme étant chloroformée, M. Auvard qui remplaçait alors M. Pinard tenta, mais sans succès, la réduction vaginale et manuelle.

L'utérus ne bougea pas d'une ligne. Les manœuvres rectales ne donnèrent pas plus.

Il fut alors convenu que le soir même, après que la patiente aurait pris quelque repos, je ferais une nouvelle tentative en plaçant dans le rectum un ballon Tarnier.

A 5 heures du soir, la femme non endormie ayant été placée dans la position obstétricale, j'introduisis dans le rectum, sur mon index gauche comme guide, et par un véritable cathétérisme, le conducteur métallique courbe de M. Tarnier disposé comme pour la provocation de l'accouchement prématuré. Je le poussai jusqu'à ce que son bec fût arrivé au point de contact de la convexité utérine avec la concavité sacrée, c'est-à-dire jusqu'à la collerette qui sert de point de repère pour l'introduction de l'instrument dans le col et le segment inférieur de l'utérus.

Le ballon, virtuel jusque-là, étant ainsi placé, j'y poussai lentement et sans être obligé de déployer beaucoup de force, cinq divisions de la seringue à hydrocèle.

Au moment où j'atteignais la cinquième division la patiente ressentit un mouvement brusque dans le bassin, « comme si un ressort se détendait ». Pratiquant alors le toucher je trou-

(1) Voyez *Annales de Gynécologie*, février, mai 1887, pages 85 et 338.

vai la concavité sacrée vide, sauf à l'endroit qu'occupait le ballon, et le col utérin au centre du vagin. Le palper abdominal permettait de délimiter le corps utérin, qui avait repris sa place normale vers la fosse iliaque droite. Je laissai le ballon en place et, la malade étant replacée dans son lit, put, quelques heures après, vers 8 heures, uriner spontanément 1 litre 1/2 d'urine trouble non sanguinolente.

Le ballon fut enlevé dans la soirée ; l'utérus resta réduit La rétention d'urine ne reparut plus.

Quantité	d'urine	depuis la réduction jusqu'au 7 au matin			3 litres
—	—	par 24 heures	....	le 7	2 —
—	—	—	....	8	3 —
—	—	—	....	9	2 —
—	—	—	....	10	1 —
—	—	—	....	11	2 —
—	—	—	....	12	1 —
—	—	—	....	13	2 —
—	—	—	....	14	2 —

Les urines cessèrent d'être troubles le 12.

D... quitta la Maternité de Lariboisière le 17. La réduction s'était maintenue; les phénomènes vésicaux avaient entièrement disparu. Le fœtus était vivant.

J'ai revu cette femme trois fois jusqu'à la fin de sa grossesse. Sa santé était parfaite. Les urines ne renfermaient pas d'albumine.

Elle est revenue à la Maternité le 12 octobre, au terme de sa grossesse. Elle a accouché spontanément d'un garçon de 3600 grammes présentant le sommet.

Les suites de couches ont été normales. Au moment de la sortie, le 18e jour, l'utérus était en rétroversion complète et le vagin en prolapsus. Nous ne l'avons plus revue depuis.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

TROISIÈME CONGRÈS TENU A FRIBOURG PAR LA SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE ALLEMANDE

Du 12 *au* 14 *juin.* (*Fin.*)

BUMM (Wurzbourg). **Sur les vaisseaux utéro-placentaires.** — Résultats de recherches faites sur plusieurs placentas, frais, provenant de grossesses à terme. Des injections délicates ont permis de mettre en évidence les vaisseaux veineux et artériels; on a pu constater l'abouchement des vaisseaux dans les espaces sanguins. Chaque cotylédon possède un système circulatoire propre, les veines sont principalement situées à la surface du cotylédon, tandis que les artères cheminent surtout à la périphérie.

LÉOPOLD (Dresde). **De la structure du placenta.** — Il a utilisé différentes pièces qui correspondent, respectivement, aux âges suivants de la gestation : 1 grossesse de 8 jours, une de 3-4 semaines, 2 du 4e et du 5e mois, 2 de la dernière période de la grossesse. *Conclusions :* Dès les premiers temps de la gestation, le chorion pousse de petites tiges villeuses. Celles-ci émettent, à leur tour, des ramifications, les unes délicates, les autres plus fortes. Les plus fortes prennent racine dans la sérotine et s'y développent. De la musculeuse de l'utérus partent des vaisseaux, qui pénètrent la caduque utéro-épichoriale et s'ouvrent librement dans les espaces intervilleux. Il est avéré que ces espaces contiennent du sang, mais l'existence d'un double épithélium au niveau des villosités choriales n'est pas démontré.

HOFMEIER. **De l'anatomie du placenta.** — Ses recherches montrent : *a*) que les espaces sanguins maternels communiquent avec les espaces intervilleux ; *b*) qu'une partie des villosités ont avec la sérotine les connexions décrites par Léopold; *c*) mais que d'autres villosités pénètrent dans les veines.

SCHATZ (Rostock). **Des placentas cloisonnés.** — La formation de cloisons, de plis, n'est pas nécessairement liée aux placentas marginés. Ainsi, l'auteur de la communication montre un placenta dépourvu de l'anneau qui caractérise le placenta marginé, et sur

lequel on voit cependant un repli chorial, ayant 1/2 cent. de largeur, et qui s'étend sur toute la moitié de l'arrière-faix qui correspondait au fond de l'utérus. L'amnios passait au-dessus de ce repli, sans prendre part à sa formation. L'amnios enlevé, on reconnut, à la surface externe du chorion, que la caduque réfléchie participait complètement à la formation de ce repli, tandis que la caduque vraie affectait avec lui les mêmes rapports que l'amnios. D'après l'auteur, ces replis, seraient le seul résultat d'une sorte d'invagination de la surface d'implantation de l'œuf.

BAYER (Strasbourg). **De l'hypertrophie des faisceaux musculaires de l'utérus gravide. Contribution à l'étude du segment inférieur de l'utérus, placenta prævia.** — L'auteur insiste sur la réalité de ces deux conditions : a) *conservation de la longueur du col pendant toute la durée de la grossesse;* b) *revêtement du segment inférieur de l'utérus par de la caduque.*

Hofmeier et Benckiser ont invoqué en faveur de leur théorie sur la provenance du segment inférieur les limites de l'adhérence intime du péritoine, à la face antérieure de la matrice. Mais cette fixité de l'adhérence péritonéale, vraie dans l'état de vacuité de l'utérus, cesse avec l'état de gestation, ou du moins elle ne persiste que par rapport aux faisceaux musculaires superficiels. Or, ceux-ci se déplacent, s'étirent dans le sens de la hauteur, tandis que les faisceaux sous-jacents ne suivent pas ce mouvement d'élévation ; de là des erreurs d'interprétation.

D'autre part, *il n'est pas démontré que la muqueuse du col ne peut pas se transformer en caduque.* A ce sujet, l'auteur montre plusieurs préparations sur lesquelles on voit, au niveau des parties supérieures du col, des éléments déciduaux. Ayant aussi étudié les modifications que subissent les éléments musculaires du col sous l'influence de la grossesse, il a constaté qu'ils s'hypertrophient mais d'une façon inégale. Les faiseaux superficiels s'hypertrophient plus que les autres. Quoi qu'il en soit, *il n'est pas douteux que le col subit un accroissement, et comme malgré cet accroissement, sa longueur reste la même, il faut nécessairement qu'il s'efface dans une certaine mesure.*

En terminant, l'auteur montre, sur un utérus ayant appartenu à une femme morte peu après avoir accouché, des hémorrhagies causées par un placenta-prævia, l'état des faisceaux musculaires. Sur cette pièce, on constate encore une hypertrophie considérable

des faisceaux musculaires superficiels, et une hypertrophie légère des faisceaux musculaires moyens et internes. Il peut, dans le cas d'insertion basse, se produire un déplacement réciproque, accusé, des couches musculaires. En conséquence, l'adhérence péritonéale, dite fixe, sera reportée très haut, le placenta paraîtra inséré sur le segment inférieur tandis, qu'en réalité, cette insertion sera sur le corps de l'utérus. Seuls les faisceaux muscnlaires externes appartiendront au col. D'autre part, même dans les cas de placenta prævia, il peut se former un segment inférieur, et alors le lobe qui s'est décollé s'unit éventuellement avec la partie du col qui s'efface. De même, le placenta peut, en réalité, s'implanter sur le segment inférieur, mais cette anomalie conduit à l'avortement ou à l'hémorrhagie. Quant aux cas qui évoluent favorablement, ils ne seraient pas, suivant Bayer, conciliables avec l'insertion de l'arrière-faix sur le segment inférieur.

LÉOPOLD (Dresde). **Du passage de l'enfant dans les cas de placenta prævia avec démonstration d'une coupe faite après congélation.** — Les observations de Léopold, en opposition avec celles de Bayer, confirment au contraire les faits annoncés par Hofmeier et Benckiser. L'auteur montre les dessins d'une coupe pratiquée, après congélation, sur une femme morte des accidents causés par un placenta prævia central. Le dessin fait voir que, dans les cas de placenta prævia chez les multipares, le col de l'utérus reste absolument intact, l'orifice interne demeure complètement fermé, les faisceaux musculaires du col ne sont pas étirés, et qu'en outre le placenta n'est pas inséré sur le corps de la matrice. On voit encore sur ce dessin, qu'au cours de la progression de la tête, le segment inférieur est étiré dans le sens de la hauteur, qu'au moment de l'expulsion de l'enfant le plus fort de la contraction se produit au niveau du fond de l'utérus, et que le fœtus se dispose, se pelotonne de façon à représenter un coin aigu.

DOHRN (Kœnisberg). **Calcul vésical développé autour d'une épingle à cheveux.**

AHLFELD. — **Anomalie pelvienne. Déformation et rétrécissement obliques par défaut d'une aile du sacrum et synostose de l'articulation sacro-iliaque correspondante.**

FROMMEL. **De l'extirpation totale de l'utérus.** — L'extirpation vaginale de l'utérus est une opération qui, en beaucoup de points, laisse à désirer. Il en est surtout ainsi dans les cas de

cancers qui déjà ont dépassé les limites de l'utérus, et qui, par suite, sont peu accessibles à la main du chirurgien. Poussé par ces défectuosités de l'hystérectomie vaginale, Frommel s'est décidé, suivant les conseils de Zuckerkandl, à attaquer l'utérus par le périnée, en se frayant une voie à travers la cloison recto-vaginale. A plusieurs reprises, il a fait cette opération, qui lui a paru relativement facile et susceptible d'être parfaitement réglée : incision courbe allant de l'une à l'autre tubérosité ischiatique, et décollement des tissus jusqu'au cul-de-sac de Douglas. Incision large du péritoine, ce qui permet d'introduire la main dans la cavité péritonéale, d'attaquer les tissus autour de l'utérus, et d'enlever ce qu'on juge nécessaire de paroi vaginale ; retournement de l'utérus et ligature de chaque côté, extraction de l'utérus, suture du péritoine de la vessie avec celui du cul-de-sac de Douglas, et pansement avec de la gaze iodoformée. La guérison est un peu plus longue à se faire qu'après l'hystérectomie vaginale, mais c'est là un désavantage qui ne doit pas être mis en parallèle avec les autres avantages du nouveau procédé. Il est surtout indiqué dans les cas de cancer avancés, auxquels on a peur de toucher par l'incertitude où l'on est, avec l'autre méthode, de pouvoir tout enlever. Enfin Frommel pense qu'il peut rendre de grands services pour le traitement des abcès pelviens.

SANGER (Leipzig). **Opération des tumeurs du tissu connectif du bassin par la périnéotomie.** — Sänger appliqua ce procédé pour la 1re fois, dans les conditions suivantes : Femme, IXpare, atteinte d'un kyste dermoïde primitivement développé dans la cavité pelvienne sous-péritonéale. Cette femme avait eu 6 accouchements spontanés, mais à un septième il fallut évacuer, par l'intestin, la tumeur qui empêchait l'accouchement. Ultérieurement, la grosseur ayant grossi de nouveau, Sänger procéda à son extirpation. *Opération* : incision antéro-postérieure, partant de la grande lèvre droite et se prolongeant à 2 centim. environ au delà de l'anus qu'elle laissait en dedans. Section du muscle releveur de l'anus, et énucléation de la tumeur logée à droite, dans la fosse ischio-rectale et dans la cavité pelvienne sous-péritonéale; pansement de la plaie avec de la gaze iodoformée; *guérison* parfaite. A la suite de ce cas, l'auteur fit des expériences sur des animaux, et reconnut qu'il était facile, à l'aide de la méthode précédente, d'atteindre les diverses tumeurs (exsudats, hématomes.....) situées dans

la fosse ischio-rectale, ou dans la cavité pelvienne sous-péritonéale.

MUNCHMEYER (Dresde). **Sur les résultats éloignés de l'extirpation totale de l'utérus.** — De 1883 à 1889, en tout 160 hystérectomies totales, avec une mortalité de 5,4 p. 0/0. Léopold a déjà fourni les résultats de 48. En ce qui concerne les autres, 80 fois l'intervention fut indiquée par l'existence d'un cancer, 4 des opérées moururent des suites mêmes de l'opération. Des 76 autres malades 14 succombèrent plus tard, dont 10 emportées par des récidives. 62 sont encore vivantes, et 8 seulement d'entre elles sont sûrement sous le coup de récidives. En résumé, sur un ensemble de 80 cancéreuses, 59 sont à l'heure actuelle, les unes sûrement, les autres peut-être débarrassées de leur maladie. Ces résultats heureux doivent être attribués au fait que l'intervention put être précoce. Indépendamment des hystérectomies pour cancer, on intervint 32 fois pour d'autres affections génitales : myômes 17 fois, prolapsus 5 fois, accidents nerveux 5 fois, affections des annexes 5 fois.

Touchant l'efficacité du traitement électrique, on n'a à la clinique de Dresde aucune expérience vraiment personnelle. Mais on a eu à opérer, maintes fois, des malades qui avaient été soumises, autre part, jusque durant une année, à ce traitement sans en avoir retiré d'amélioration. Quand il s'agit de myômes de petites dimensions la castration peut se poser comme rivale de l'hystérectomie, mais ces résultats sont incertains. Parfois, l'extirpation des ovaires est irréalisable, et parfois on laisse des fragments de ces organes. D'une manière générale, les opérées se trouvent mieux après l'hystérectomie totale qu'après la castration.

Dans le cas d'affections des annexes, compliquées de désordres nerveux plus ou moins accusés, il ne faut recourir à l'hystérectomie qu'après avoir épuisé inutilement toutes les autres méthodes d'intervention.

DODERLEIN (Leipzig). **Importance et origine du liquide amniotique.** — Conclusions tirées de nombreuses recherches experimentales sur des vaches (1).

1) Le liquide amniotique est le produit d'une transsudation et par sa composition il ressemble au sérum sanguin.

2) Il n'est formé que pendant la 1re moitié de la gestation, dans la seconde, il diminue de quantité.

---

(1) On sait que chez les mammifères il existe deux poches distinctes : 1, poche *amniotique* ; 2, p. *allantoïdienne*.

3) Cette diminution est due à ce que le fœtus en déglutit une certaine quantité, tandis que sa production s'arrête.

4) Comme il ne contient que des traces d'albumine, il ne peut servir à la nutrition du fœtus. Il n'est sans doute par rapport à lui qu'une source d'eau, destinée peut-être à régulariser les fonctions gastro-intestinales.

5) Le liquide allantoïdien est constitué par l'urine du fœtus ; sa quantité augmente directement avec le poids du fœtus. Les sels de l'urine, en particulier les sels de potasse, augmentent proportionnellement avec le temps de la gestation. L'auteur accepte aussi pour le liquide amniotique humain ces deux origines : a) *pendant la première moitié de la grossesse, transsudation aux dépens du sérum sanguin*; *durant la seconde moitié, excrétion rénale.*

Duhrssen (Berlin). **Du traitement des hémorrhagies post-partum.** — L'analyse des statistiques enseigne qu'*il meurt, seulement en Prusse, du fait d'hémorrhagies post partum, au moins une femme par jour*. Or, le meilleur moyen de lutter contre l'hémorrhagie *post partum*, c'est le tamponnement du conduit utéro-vaginal, moyen connu déjà mais que l'auteur a fait entrer dans la pratique journalière.

Le moyen est sûr et non dangereux (1). Mais, *pour qu'il soit efficace, il faut qu'il soit hâtif;* l'oubli de cette condition explique les mécomptes éprouvés. L'action hémostatique est liée à deux circonstances : a) *éveil de contractions prolongées et énergiques ;* b) *compression*. Ce second effet justifie, en outre, l'emploi du tampon utéro-vaginal dans les cas d'atonie absolue de l'utérus, d'hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta ou consécutives à des déchirures du col. Les propositions de l'auteur sont basées sur 57 cas, et, sur ce nombre, une seule fois seulement le tampon échoua. En terminant, Dührssen signale les avantages du tamponnement utéro-abdominal dans les cas d'opérations césariennes suivant Sänger et de ruptures utérines.

Discussion : Olshausen est ennemi de l'emploi du tampon. Pour lui, quand il y a atonie utérine, rien ne vaut la compression bimanuelle et le massage de l'utérus. Il considère comme

(1) Le tampon doit être fait avec une substance rigoureusement aseptique: gaze iodoformée de 10-20 p. 0/0 ; ou bien, gaze hydrophile ou toile, qu'on aura rendues aseptiques par une coction de 5 minutes et un lavage avec une solution phéniquée à 3 p. 0/0.

extrêmement dangereux de faire entrer ce procédé du tamponnement dans la pratique ordinaire, sans avoir soumis la méthode à un contrôle plus long. — VEIT se rallie aux conclusions d'Olshausen. Il est imprudent de préconiser un procédé, qui n'est pas à la portée de tout médecin. — DOHRN, au contraire, ayant eu l'occasion de recourir 5 fois au tamponnement, a constaté ses avantages. En particulier, dans un cas d'opération césarienne, il a été surpris de constater avec quelle rapidité la contraction de l'utérus avait suivi l'application de la gaze iodoformée. Il est persuadé que, dans les cas en question, le tamponnement a sauvé les malades. — BATTLEHNER, insistant de nouveau sur le fait que le plus grand nombre des accouchements sont dirigés par des sages-femmes, et que celles-ci font de l'antisepsie d'une manière insuffisante, se prononce contre la pratique du tamponnement, et en faveur de la compression manuelle de l'utérus, qui déjà a fait ses preuves. — KUSTNER qui, à Dorpat, observe fréquemment des hémorrhagies *post partum*, permet assez fréquemmeut, de les combattre par le tamponnement ; or, il n'a relevé aucune circonstance défavorable à la méthode. — SCHAEFFER et DUHRSSEN ajoutent quelques remarques.

BULIUS. **De la dégénérescence à petits kystes de l'ovaire.** — Cette dégénérescence kystique, qu'on a voulu considérer comme un état physiologique, représente en réalité une transformation morbide. Elle est le résultat d'irritations de diverses origines : tumeurs de l'ovaire, fibromes de l'utérus, inflammations du péritoine pelvien. Tandis qu'on rencontre des altérations constantes au niveau des follicules, celles du stroma sont variables ; aussi, il est probable que la dégénérescence folliculaire n'est pas toujours secondaire.

On trouve également des kystes de la grosseur d'une aveline à celui d'une châtaigne, qu'en raison de leurs caractères macroscopiques (surface interne unie, brillante, brunâtre) on prendrait pour des corps jaunes kystiques. Or, l'examen histologique montre qu'il s'agit, à quelques exceptions près, de follicules dilatés, dont les parois et l'intérieur sont devenus le siège de raptus sanguins.

KOTTSCHAU (Koln). **De la pathogénie des kystes tubo-ovariques.** — Communication basée sur une observation de kyste tubo-ovarique, bilatéral, qu'il a enlevé sur une femme âgée de 32 ans. L'auteur donne une description détaillée des conditions anatomiques qu'il a constatées. Enfin, il passe en revue toutes les théories émi-

ses sur la pathogénie de ces tumeurs complexes, et se prononce, en particulier, contre l'opinion exprimée par Burnier. D'après celui-ci, il y aurait, conjointement avec une phlegmasie au niveau de l'ostium abdominal, invagination, dans la trompe, des franges tubaires, et soudure de ces franges avec les parois de la trompe, d'où occlusion de cet organe, hydrosalpingite consécutive, péritotonite, soudure de la trompe et de l'ovaire, etc.

SCHATZ (Rostock). **De la provocation et de la régularisation des contractions utérines au moyen du seigle ergoté.** — L'auteur a cherché parmi les nombreuses substances employées, en particulier en Amérique, comme moyens abortifs, un agent capable de provoquer et de régulariser les contractions utérines. Ces recherches ayant été négatives, il a de nouveau expérimenté le seigle ergoté. *Conclusions :* 1) Les contractions provoquées par le seigle ergoté ont le caractère des contractions normales. Il est faux de dire, que le seigle ergoté détermine des contractions tétaniques.

2) Le seigle ergoté ne peut, à vrai dire, augmenter l'intensité des contractions; il n'a d'autre effet que d'augmenter leur fréquence. Seulement, quand les contractions sont très fréquentes, leur intensité, leur durée sont moindres. Aussi doit-on s'appliquer, par un judicieux usage de cet agent, à obtenir une fréquence normale des contractions.

Sänger a constaté que l'action du seigle ergoté commence 1/4 d'heure environ après son administration interne, et qu'elle atteint son *maximum* une demi-heure après : Il ne faut, du reste, administrer le médicament que d'heure en heure, et n'en confier l'emploi qu'à une personne avisée et compétente.

KEHRER (Heidelberg) cite un cas de **fistule uretérine guérie par la formation d'une large fistule vésico-vaginale et par la colpoklei- sis.**

SKUTSCH (Iéna). **Contribution à l'étude du traitement chirurgical des maladies de la trompe.** — Bien que, dans la majorité des cas d'affections tubaires, bilatérales, le véritable traitement consiste dans l'extirpation des annexes, il est cependant possible parfois de suivre une méthode plus conservatrice.

Chez une femme qui vint consulter sur sa stérilité et sur de fortes douleurs hypogastriques, l'examen fournit les renseignements suivants: utérus en antéflextion physiologique, de dimen sions normales, sans rétrécissement de la cavité cervicale, ovaire

...mpe gauche, épaissie, distendue et terminée
...ditions du côté droit.
...des *extrémités abdominales des deux*
...*latérale*. De là, comme indications :
...*lades, mais seulement évacuer*
... *artificiels à leurs extrémités*

...nostic par une ponction
...de Pravaz. Incision de
...enu. Résection sur
...r de cette ouver-
...queuse tubaire
... cet orifice, péné-
...vention, bien entendu
...re, *apyrétique*. Skutsch
... de *Salpingostomie*
...uelle **manière et avec quel agent**
... une **parturiente appliquer la méthode**
... recherches d'Engelmann tendent à
... l'acide acétique un bon agent désinfectant·
..., agit profondément et détruit les bactéries.
... communication l'emploie en solutions, titrées
...utions phéniquées, et il est tellement satisfait de
..., qu'il le croit digne d'entrer dans la pratique ordi-
... sages-femmes.

...LER (Dorpat). **De l'hystéropexie.** — L'auteur n'a aucune ...érience sur la valeur de l'hystéropexie dans les cas d'*utérus rétrofléchi mais mobile,* parce que, dans ces conditions, le traitement orthopédique suffit. Il n'a fait la *laparotomie* que quand il a eu à traiter des *utérus rétrofléchis et fixés par des adhérences*, et seulement après avoir constaté l'impuissance de la méthode de Schultze. Les procédés de Klotz, Olshausen, Czerny, indépendamment des hémorrhagies violentes dont ils sont souvent l'occasion, ont l'inconvénient de favoriser la reproduction d'adhérences. La plupart du temps, on trouve des adhérences en forme de brides, et, dans ces cas, elles sont le résultat de péri-

(1) Appendice à sa première communication. Voir *Ann. de gynécologie et d'obst*. Septembre 1885, p. 214.

[illegible] les adhérences à large surface, plus rares, [illegible] inflammations suppurées. Küstner con[illegible]rus, l'emploi du thermocautère Paquelin. [illegible] pratiquée chez une femme, qui est encore [illegible] activité sexuelle, elle offre de sérieux incon[illegible] femme qui, antérieurement, avortait parce que [illegible] arrière, avorte maintenant en raison de la [illegible] en avant. Küstner a observé, personnelle[illegible]ments imputables à la ventro-fixation de l'uté-

[illegible], il importe de ne procéder à la laparotomie [illegible] la méthode de Schultze.

[illegible] FROMMEL croit qu'il faut se montrer très circons[illegible] emploi de l'hystéropexie contre les rétroflexions [illegible] attitude anormale, l'opération substitue une atti[illegible]. Dans un cas d'utérus rétrofléchi, il fit la la[illegible], après résection, les ligaments rétracteurs du [illegible] et de chaque côté, à la paroi pelvienne. — SAEN[illegible] fois l'hystéropexie, 7 fois après castration préala[illegible]. Dans un des cas, l'opération a été suivie de [illegible]ment arrivée du 6[e] au 7[e] mois. Au début de [illegible] des douleurs sous forme de tiraillements [illegible]hagies, mais pas d'avortement. L'opération [illegible] avec la possibilité d'une grossesse allant [illegible] serait injuste de la rejeter de la pratique sans la [illegible]xpérience plus longue. — VEIT. Si l'on fait la cas[illegible], en général, n'est pas nécessaire. La rétro[illegible], les douleurs sont moindres que par le [illegible] accorde que le chirurgien ne doit recourir à [illegible] existe des indications précises à l'opération. [illegible] personnelle l'a convaincu qu'il est des cas [illegible] justifiée. — SKUTSCH déclare que la laparo[illegible] qu'après échec de toutes les autres méthodes [illegible]SPECK condamne l'hystéropexie et préco[illegible] Brandt. Enfin — HEGAR considère que [illegible] mise quand il s'agit de rétroversions [illegible] trouve pas d'indication nette quand le [illegible] compliqué d'adhérences.

R. L.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 10, 17, 24 septembre.

RICHELOT. — **Endométrite et Curage** (Voir page 271).

GUÉNIOT. — **Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.**

GUÉNIOT. **Cas typique d'ostéomalacie chez une femme en travail d'accouchement, pièces anatomiques.** — Femme âgée de 42 ans, VII pare, tous les accouchements antérieurs, sauf un où la version fut rendue nécessaire par une présentation transversale de l'enfant, normaux et à terme ; la naissance du dernier enfant remonte à 5 ans. Jusqu'à il y a 4 ans, santé excellente. A partir de cette époque, diminution des forces, et depuis 27 mois environ, séjour forcé à la chambre et obligation, presque constante pour la femme, de garder le lit.

Accouchement actuel. — Depuis deux jours déjà, la malade était en travail, et en ville elle avait subi plusieurs opérations, quand elle fut transportée à la clinique. Elle y arriva dans un état tel (épuisement, altération profonde de la physionomie, pouls imperceptible), qu'on fit le diagnostic probable de *rupture de l'utérus*. Le toucher permit de constater un *rétrécissement considérable du bassin, qui affectait une forme triangulaire*, et un état de flexibilité si marquée de l'ossature pelvienne, que la nature de la sténose, savoir *sténose par ostéomalacie*, s'imposait. L'enfant était mort. L'accouchement put être terminé malgré la grande étroitesse (environ 4 cent. d'avant en arrière et 8 cent. dans le sens transversal) avec le basiotribe Tarnier. Délivrance naturelle. *Mort 3 heures environ après la terminaison de l'accouchement.*

Les pièces pathologiques (utérus et bassin) que montre M. Guéniot confirment le double diagnostic, d'*ostéomalacie et de rupture de l'utérus*. Cette dernière lésion qui n'intéresse pas la couche externe de l'organe, de sorte qu'il n'y avait pas de communication entre la cavité utérine et la cavité abdominale, est située à gauche vers la jonction du corps et du col.

En terminant Guéniot insiste sur la rareté de la pièce, et, en traitant de la pathogénie, toujours obscure de l'ostéomalacie, accorde une influence prépondérante aux mauvaises conditions d'existence ; ce serait en somme une maladie *de misère*.

R. L.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séances du 12 et du 26 avril.

Présentations. — KELLER. **Adéno-carcinome de l'utérus.** — La pièce pathologique, obtenue par hystérectomie totale, vient d'une femme, âgée de 42 ans, qui, bien portante auparavant, était, depuis 9 semaines, épuisée par des hémorrhagies profuses. L'examen microscopique de fragments de tissu de l'utérus ramenés, antérieurement à l'hystérectomie, par le curettement, avait établi la nature du néoplasme. Il s'était développé sur la paroi utérine antérieure, et présentait la structure anatomique suivante : espaces alvéolaires, polymorphes, étroitement pressés les uns contre les autres, et, pour la plupart pourvus d'un revêtement épithélial, à une seule couche ; au niveau de quelques-uns, et en certains points isolés, l'épithélium était à plusieurs couches. Tissu interstitiel rare, représenté par des tractus délicats, mais riche en cellules fusiformes disposées parallèlement, et le siège d'une infiltration accusée de cellules rondes.

CZEMPIN. **Pièce pathologique provenant d'une grossesse extra-utérine.** — Il s'agit d'une femme âgée de 35 ans qui, enceinte de 3 mois, est prise d'hémorrhagies, de douleurs, et qui expulse des débris de caduque. Puis, l'hémorrhagie s'arrêtant, l'utérus expulse encore des débris déciduaux mais rien qui rappelle des parties constituantes d'un œuf. De plus, les seins contiennent un liquide lactescent, *diagnostic :* grossesse extra-utérine. Or, les accidents s'étant amendés, et la femme étant mise en observation, on constata que le ventre augmente de volume et l'on perçoit, par la palpation, à droite de l'utérus, une tumeur qui progresse vers le plancher pelvien, d'où ce complément de diagnostic : grossesse extra-utérine et *enfant vivant.* Laparotomie : le ventre ouvert, on constate qu'il s'agissait bien d'une grossesse extra-utérine, compliquée d'hématocèle ; mais l'œuf était mort, et la tumeur, reconnue par la palpation abdominale et en voie de développement, était un kyste de l'ovaire droit. La tumeur ovarique enlevée, on évacua le contenu de l'hématocèle, et l'on assura le drainage par le vagin avec de la gaze iodoformée. *Guérison.*

LOHLEIN. **Affection adénomateuse du corps de l'utérus et dégénérescence kystique multiple de la paroi utérine.** — Utérus et annexes,

enlevés à une femme âgée de 44 ans, mise en danger de mort par des hémorrhagies abondantes, contre lesquelles les traitements médicaux ordinaires n'avaient eu qu'une action très passagère. La section de la paroi utérine, permet de constater, qu'au niveau du col, le tissu utérin est parsemé de vacuoles, de dimensions diverses, que la muqueuse du corps est fortement épaissie, et qu'elle pousse vers la cavité utérine des bourgeonnements irréguliers. La musculeuse elle-même du corps de la matrice est, en certains points et dans toute son épaisseur, creusée d'alvéoles variant du volume d'une lentille à celui d'un pois. D'une manière générale, l'examen histologique démontre que les altérations de la muqueuse épaissie consistent essentiellement en une prolifération glandulaire très accusée.

SAURENHAUS. **Sur un cas de rupture de l'utérus pendant la grossesse.** — après un coup d'œil jeté sur l'état actuel de nos connaissances en ce qui concerne les ruptures de la matrice, l'auteur cite une observation de cet accident. Rupture survenue au 8e mois de la grossesse sans intervention de traumatisme et en l'absence des contractions utérines. La rupture siégeait au niveau du fond de l'organe (1).

VEIT. **De la technique de l'incision abdominale.** -- Un point sur lequel tout le monde tombe d'accord, c'est qu'il faut assurer une asepsie parfaite de la cavité abdominale. Obtenir la désinfection après une infection sérieuse est chose impossible. Toutefois, ses observations personnelles et les résultats d'expériences faites sur les animaux, celles de Demboski en particulier, l'ont persuadé qu'une certaine quantité de sang, de liquide kystique, de pus provenant d'anciennes salpingites, peut séjourner dans la cavité abdominale et qu'il est, ultérieurement, résorbé par le péritoine. L'usage des antiseptiques, employés à un degré de concentration tel qu'ils soient vraiment efficaces, est impossible à cause des dangers d'intoxication qu'il entraîne. D'autre part, les solutions dites faibles sont, non seulement inefficaces, mais elles sont vraisemblablement la cause des douleurs qui, souvent, éclatent après l'opération. Aussi, l'auteur n'use-t-il plus d'antiseptiques pour la toilette abdominale. Au lieu d'éponges, il emploie la gaze stérilisée. Dans la

---

(1) Cette observation doit être publiée ultérieurement *in extenso* dans « *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* ».

formation d'adhérences, la production de phénomènes d'iléus, et d'autres accidents post-opératoires, il voit les conséquences d'une infection restée circonscrite ou de peu de gravité (1). R. L.

REVUE ANALYTIQUE

FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS

Corps fibreux interstitiel situé dans la paroi postérieure de l'utérus. Extraction par les voies naturelles. Guérison. Par M. Duret. *Journal des sciences médicales de Lille,* août 1889, p. 179.

Début du fibrome il y a quatre ans. Sur quinze grossesses les trois premiers enfants sont venus à terme et morts en bas âge, les douze autres sont venus avant terme. Les méthrorrhagies datent du troisième accouchement au cours duquel on fut obligé de faire la version.

Au toucher vaginal on sent la lèvre postérieure du col très hypertrophiée et dans la cavité utérine la tumeur fibreuse libre par sa face antérieure et insérée sur la paroi postérieure de l'utérus, mais tout à fait sessile.

Elle fut extirpée par le procédé suivant : section du col au niveau des commissures. Abaissement de l'utérus avec une pince de Museux. Traction sur le pôle inférieur de la tumeur. Section de la paroi utérine ; enfin le fibrome est alors saisi directement et décortiqué avec le doigt. Suture des commissures utérines. Tamponnement des cavités utérines et vaginales avec la gaze iodoformée. Guérison sans accidents.

M.

Traitement des fibromes hémorrhagiques de l'utérus. (The treatment of bleeding fibroid tumors of the uterus), par B. F. Baer, *Medical News*, avril 1889, p. 365.

Les trois cas de tumeurs fibreuses qui font l'objet de cette clinique ont été traités d'une manière différente : La première femme, âgée de 35 ans, fut soumise à un traitement médical (ergot de seigle et noix vomique) qui amena une amélioration notable. La

---

(1) Ce travail doit paraître *in extenso* dans « *Berlin klin. Woch.* ».

deuxième, âgée de 46 ans, portait un fibrome remplissant tout l'hypogastre : col entr'ouvert, utérus antéfléchi et plein de fongosités. L'auteur pratiqua un grattage soigné et au bout d'un an tous les symptômes fonctionnels avaient disparu. Le troisième cas n'était justiciable que d'une laparotomie : tumeur énorme adhérant à l'intestin et à tout le petit bassin, rattachée à l'utérus par un pédicule étroit, ce qui permit de l'enlever sans faire l'hystérectomie. La malade a guéri. A propos de ces deux derniers cas l'auteur met deux points en relief, d'abord les métrorrhagies sont le fait non de la tumeur elle-même, mais de l'endométrite concomitante ; en second lieu il rappelle que ces métrorrhagies qui précèdent la ménopause n'ont rien de physiologique et tiennent à un état pathologique de l'utérus.

J.-L. F.

Leçon clinique sur les myômes utérins. (Clinical lecture on uterine myoma), par Lawson Tait. *Brit. Med. Journ.* Lond., 1889, p. 299.

Cette leçon n'est guère qu'une polémique personnelle où Thomas Keith est vivement pris à partie pour avoir prêché l'excellence de l'électrolyse dans les myômes utérins. Lawson Tait, pour sa part, n'en veut point entendre parler, lui préférant de beaucoup l'ablation des annexes, dont il fait le plus grand éloge. Il n'accuse dans cette opération que 1,23 0/0 de mortalité sur un ensemble de 262 cas. Les résultats en sont, dit-il, très satisfaisants. C'est l'imitation du procédé de la nature qui, en amenant la ménopause supprime l'accroissement, et provoque même la régression des tumeurs de ce genre. L'ablation des annexes est bien supérieure à l'hystérectomie qui donne 10 0/0 de morts, et est délicate, difficile et périlleuse. Cependant, dans certains cas, il est impossible de ne pas y avoir recours. D'ailleurs, dit en terminant Lawson Tait, ce qui est le plus à craindre dans la chirurgie utérine, ce n'est pas l'exécution d'opérations inutiles, c'est le retard qu'on apporte trop souvent dans l'exécution d'opérations nécessaires.

J.-L. F.

Expulsion successive de 7 fibro-myômes opérée en 24 heures et après l'administration de l'ergotinine en injections sous-cutanées, par A. Surmery, *Union médicale*, Paris, 7 septembre 1889, p. 379.

Femme de 47 ans, souffrante depuis 5 ans de douleurs abdomi-

nales et de ménorrhagies ; l'utérus avait les dimensions d'un utérus gravide de 4 mois. Injection sous-cutanée d'un milligramme d'ergotinine, puis de 2 milligrammes ; après huit jours de traitement, expulsion successive en 24 heures de 7 fibromes, chacun d'un volume de 1 à 2 cent. sur 7 à 8. Guérison après quelques accidents septiques. H. H.

Soixante cas de laparo-myomotomie, par H. Fritsch, *Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge*, 1889, n° 339.

Les 27 premières hystérectomies pratiquées par Fritsch, ont été faites suivant le procédé de Schröder, avec pédicule rentré dans l'abdomen et ont donné 11 morts ; dans les 23 derniers cas Fritsch a eu recours au traitement extra-péritonéal du pédicule et n'a eu que 5 morts (une d'urémie, une de dégénérescence graisseuse du cœur, une de choc, deux d'occlusion intestinale). Il attire l'utérus au dehors, coupe les ligaments larges entre deux ligatures, puis faisant l'hémostase temporaire avec un tube élastique, il sectionne le fibrome, évide le moignon et suture ses lèvres suivant une ligne parallèle à l'incision abdominale ; l'hémostase étant assurée par ces sutures, il enlève le lien élastique, fixe les pédicules des ligaments larges au moignon utérin et celui-ci au péritoine pariétal. On évite ainsi le sphacèle de la portion située au delà du lien élastique et l'on allonge le pédicule de toute l'étendue de la portion qui correspondait à ce lien, diminuant ainsi la traction exercée sur la paroi abdominale. H. H.

Du traitement chirurgical des myômes utérins en voie de putréfaction. (Zur operativen Behandlung verjauchen der Uterus myome), Lindfors, *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 6.

Il ne s'agit que d'un fait isolé. Expulsion partielle, chez une femme âgée de 44 ans, au dehors du vagin d'un myôme volumineux de l'utérus, en partie sphacélé. Les choses étaient en l'état depuis 2 jours, quand un médecin fut appelé. Il constata que la tumeur avait, en s'abaissant, déterminé un certain degré d'inversion de l'utérus, et surtout qu'il y avait urgence à opérer immédiatement. Éloigné de toute assistance, et ne disposant que d'un outillage insuffisant, il se contenta de porter aussi haut que possible un double fil de soie qu'il serra fortement ; puis, il sectionna la masse au-dessous du fil constricteur. Comme traitement post-opératoire,

irrigations phéniquées. Un mois 1/2 après environ, la femme quittait le lit, et 3 mois plus tard elle était en parfaite santé : menstruation normale, aucune douleur, pas de vestiges de la tumeur primitive, corps de l'utérus reformé, matrice ayant des dimensions normales. R. L.

Cas d'hystérectomie totale pour myôme de l'utérus. (Ein Fall von vaginäler Totalextirpation des myomatösen Uterus), SPAETH, *Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 35.

Femme âgée de 39 ans, secondipare. Première grossesse, menée jusqu'au terme normal, bien que compliquée de plusieurs hémorrhagies. Déjà, on avait constaté une forme particulière de l'utérus, d'où le diagnostic probable d'utérus bicorne. Deuxième grossesse, compliquée aussi de quelques pertes de sang, et terminée par un accouchement prématuré, survenu au commencement du 10e mois. Trois mois plus tard, cette femme était traitée pour une *rétroversion de la matrice, rebelle parce qu'elle était liée a l'existence d'un myôme développé au niveau de la corne droite de l'utérus.* A plusieurs reprises, apparition de ménorrhagies et de métrorrhagies abondantes, qui furent d'abord utilement combattues par les moyens ordinaires (*hydrastis canadensis*, injections chaudes, seigle ergoté). Mais les accidents reparurent, les moyens primitivement employés échouèrent, et des accidents graves, mettant la vie en péril, imposèrent une intervention radicale, *hystérectomie vaginale* qui fut pratiquée le 8 avril. Sauf quelques troubles, imputables au cathétérisme qu'on avait dû pratiquer plusieurs fois, *suites opératoires très bonnes.* La femme quittait l'hôpital le 28 mai. *L'examen de l'utérus* fit constater un fibro-myôme, gros comme une pomme, situé au niveau de la corne droite de l'utérus, et empiétant sur la paroi antérieure de l'organe, auquel elle donnait une forme particulière, qui expliqua le diagnostic d'utérus bicorne. L'auteur termine par un parallèle entre la castration, l'énucléation et l'hystérectomie vaginale et fait voir que, dans le cas actuel, l'hystérectomie était l'opération de choix. R. L.

Contribution à l'étude du traitement des fibromes de la matrice, par A. WALTON, Gand, 1889.

La fréquence des fibromes utérins, ce fait qu'ils ne se forment que pendant la vie sexuelle de la femme, cet autre qu'ils coïncident

toujours avec divers troubles inflammatoires, endométrite leucorrhéïque ou hémorrhagique, amènent Walton à penser que ces tumeurs sont le résultat d'un accident lié au fonctionnement sexuel. La matrice n'est pas seulement un organe contractile, c'est un organe érectile. Son érection s'accompagne d'une congestion passive, d'où des exsudations plastiques, des infarctus hémorrhagiques qui peuvent s'organiser. Le néoplasme, agissant comme corps étranger, irrite l'utérus et met en jeu son érectilité, d'où congestion, hypernutrition et accroissement non seulement du néoplasme lui-même, mais encore de l'organe qui le porte. Walton insiste ensuite sur les lésions de la muqueuse utérine, source des hémorrhagies ; il y a dans les fibromes, comme l'a dit Heitzmann, une véritable endométrite à forme hypertrophique diffuse.

De ces diverses considérations découle ce double principe qu'il faut, lors d'hémorrhagies : 1° supprimer par le *curettage* la source de l'écoulement sanguin, c'est-à-dire la muqueuse ; 2° par la *dilatation forcée* produire la surdistension et la rupture sous-muqueuse des fibres utérines, afin d'empêcher l'érectilité utérine, de décongestionner la matrice et de faire ainsi diminuer le volume du fibrome.

En l'absence d'hémorrhagie, la dilatation peut encore être indiquée, pour obtenir le drainage de la cavité utérine et pour la désinfecter, la décomposition des liquides retenus dans les anfractuosités du canal utérin, pouvant être le point de départ d'une auto-infection, avec ses conséquences du côté des annexes et du péritoine.

H. H.

Nouveau procédé d'hystérectomie, par T. J. CROFFORD. *Amer. J. of Obstetrics*, N. Y, May 1889, t. XXII, p. 500.

Que l'on traite, après hystérectomie, le moignon par la fixation dans la plaie ou qu'on le réduise dans l'abdomen, les résultats sont mauvais ; il faut enlever la totalité du col utérin. L'opération est ainsi plus courte, le choc moindre ; on supprime un moignon, source d'hémorrhagie et d'infection ; on abrège la convalescence, on n'affaiblit pas la paroi abdominale. Dans un cas grave, Crofford a pratiqué avec succès cette hystérectomie totale. Il place avec une aiguille courbe une double ligature sur la paroi vaginale, à droite et à gauche de l'utérus puis fait la section à l'écraseur entre le col et les ligatures, drainage vaginal du cul-de-sac de Douglas

avec un tube de caoutchouc qui remonte jusqu'à la partie inférieure de l'incision abdominale. Guérison. H. H.

Enucléation des myômes utérins par la voie vaginale. (Ueber die vaginale Enucleation von Uterusmyomen), par M. R. Chrobak (de Vienne). *Mediz. Jahrb. herausg. von der K. K. Gesellschaft*, Wien, 1888, n. F., t. III, p. 531.

L'auteur rappelle les mémoires publiés sur le sujet par Lomer et par lui-même en 1884. A cette époque la mortalité était de 15,13 p. 0/0 pour 152 cas opérés depuis 1873. Depuis, de nombreuses opérations ont été relatées, mais les gynécologistes les plus en renom ne sont à la tête que de séries assez peu nombreuses, de 20 à 25 faits. Chrobak s'appuie sur 20 opérations personnelles dont 11 déjà publiées. Avant d'entrer dans le vif de son sujet il soulève, contre Frank et Beaucamst, une discussion de priorité sur une méthode d'inversion intra-vaginale du pédicule après l'hystérectomie supra-vaginale par voie abdominale, de façon à avoir, en somme, un pédicule extra-péritonéal.

L'énucléation des myômes est, a priori, l'idéal de la chirurgie conservatrice, car elle conserve à la femme l'utérus et les annexes, si bien qu'une des opérées de Chrobak a pu mener à bien une grossesse. Pour Lomer, Hégar et Kaltenbach, Kœberlé, Schröder, Hofmeier, l'opération n'est praticable que si le col est, par le fait même de la maladie, déjà raccourci, élargi et ramolli. Pour Chrobak, ces conditions sont purement relatives. C'est affaire de rapport entre ces divers facteurs et le volume de la tumeur à enlever. Du reste, malgré Lomer et Frankenhäuser, la dilatation artificielle du col n'a rien de dangereux. La dilatation minima qui permette d'agir exige que le col ait le diamètre de l'index, plus celui de l'instrument ; mais cela ne suffit pas pour les grosses tumeurs, car alors les manœuvres sont plus difficiles ; de même pour les tumeurs profondes. De plus, il y a à tenir compte pour beaucoup des habitudes de chaque chirurgien ; l'habileté, la force musculaire, la rapidité avec laquelle s'émousse la sensibilité du doigt introduit dans l'utérus varient considérablement d'une opération à l'autre. Toutes ces conditions font qu'il est impossible de poser des indications absolues à l'énucléation par voie vaginale.

Il faut autant que possible extirper la tumeur entière en la morcelant au besoin. Mais parfois elle adhère à sa loge et on est à

peu près forcé d'en laisser des fragments. Tout peut, malgré cela, marcher à souhait, mais des accidents éclatent alors aisément pour peu que l'asepsie n'ait pas été parfaite. Il faut être averti des dangers plus grands de ces opérations incomplètes : c'est à une d'entre elles que Chrobak doit son unique décès. Il serait donc fort important de pouvoir diagnostiquer à l'avance l'état anatomique exact du myôme : sous-muqueux ou intra-pariétal; en connexion ou non avec le péritoine ; encapsulé ou non. Malheureusement on ne peut acquérir sur ces points que des renseignements assez vagues.

Le procédé de dilatation employé par Chrobak est de commencer avec une tige de laminaire et de compléter par les mandrins d'Hégar ; au besoin, par l'instrument tranchant. Mais jamais il n'opère en une seule séance, en débridant d'un seul coup à l'instrument tranchant. Il fait 5 à 6 incisions radiées qu'il suture une fois l'opération terminée ; il suture de même les déchirures que la dilatation amène quelquefois. De la sorte, il n'y a jamais eu d'inflammation péri-utérine.

On a objecté à l'énucléation, la possibilité de récidives : mais il y en a aussi dans le moignon, à la suite de l'amputation supra-vaginale. L'opération, cela va sans dire, est plus laborieuse pour les myômes interstitiels. Chrobak n'a jamais crevé le péritoine : le cas échéant, il faudrait, comme Czerny et Mikulicz, suturer la perforation. Il n'a jamais observé l'inversion du point d'implantation. Plus la tumeur est profonde, et moins il faut se servir des instruments tranchants. Chrobak opère toujours sans spéculum, après avoir abaissé fortement l'utérus avec 2 à 4 crochets plantés très haut dans le col. Pour arriver jusqu'à la masse fibreuse, il préconise une incision transversale, qu'il fait avec un bistouri convexe, boutonné ; l'hémorrhagie est en général médiocre et le fer rouge, le galvanocautère, sont des complications inutiles. Pour l'énucléation, le doigt est le meilleur des instruments ; pour les adhérences solides, l'arrachement avec un crochet mousse est préférable à la section avec les ciseaux. Pour l'extraction, il emploie différents modèles de pinces, de petits forceps ; les gros myômes sont extraits au forceps ordinaire ; parfois on les traite d'abord par le céphalotribe ou le cranioclaste. Les ciseaux sont le meilleur instrument de morcellement. Pendant l'opération, Chrobak conseille les irrigations à l'acide salicylique ou au thymol. Après l'opération, il fait

un tamponnement soigné de l'utérus et du vagin à la gaze iodoformée. Presque toujours il administre de l'ergotine, et il n'a eu qu'une seule hémorrhagie secondaire. A. B.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(JUILLET A OCTOBRE 1889)

OBSTÉTRIQUE

Accouchement — Beiträge zum Mechanismus der physiologischen Lösung der Placenta, par W. Zinsstag. Inaugural Dissertation. Basel, 1888. — Des occipito-postérieures. H. Varnier. *Rev. prat. d'obst. et d'Hyg. de l'enf.* Juillet 1889, août. — De la cause immédiate déterminante de l'accouchement. Girin. *Arch. de Toc.*, août 1889. — Labor with the occiputh situated posteriorly. Comstack. *Homœop. J. obs.*, N. Y., 1889, XI, 265. — Anomalies de la force expultrice. Fournel. *Union méd. Par.*, 421, 1889 — De la présentation du front. Bonnaire. *Gaz. des Hôp.*, 1889. LXII, 321.

Appareils et instruments. — Céphalotribe et Basiotribe. Varnier. *Gaz. hebd. de méd.* 1889, XXVI, 203. — Observations d'emploi de l'appareil élytro-ptérygoïde. Decorte. *Rev. méd.*; Louvain, 1889, VIII, 49.

Anatomie et physiologie obstétricales. — Bemerkungen zu dem von Prof. H. Chiari in Prag. gefertigten Gefrierdurchschnitt einer Erstgebärenden. Bandl. *Sitzungsb. d. geburtsh. gynäk. Gesellsch. in Wien*, 1889, II, 16. — Beitrag zur Lehre von der Herkunft des Fruchtwassers. Nagel. *Arch. f. Gyn.* 1889. Bd XXXV. Hft 1. — De la conception, de la grossesse et de l'accouchement. Ducasse. Th. Paris, 1889. — Sehräges Becken in Folge von Sklerodermie. Torggier. *Cent. f. Gyn.* 1889, n° 35. De l'influence de la coxalgie sur l'anatomie du bassin. Tracou. Th. de Lille, 1889. — Contribution à l'anatomie et à l'étiologie du bassin spondylolistésique. Hector Treub. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, septembre 1889-90. — De la caryocinèse et de ses relations avec le processus de la fécondation. Waldeyer. *Arch. de Toc.*, juillet. — Température pendant la grossesse, le travail et les suites de couches normales. Collette. Th. Lille,

1889. Comparaison du bassin de la paralysie atrophique avec le bassin atrophique à proprement parler. BLANC. *Arch. de Toc.*, septembre 1889.

Bactériologie et recherches expérimentales. — Beitrag zur Lehre von dem Uebergang pathogener Mikroorganismen von Mutter auf Fœtus, par le Dr M. SIMON. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* 1889. Bd XVII. Hft 1, p. 126. — Septicémie puerpérale. Recherches bactériologiques. TCHERNEVSKI. St.-Petersb., 1888. Action pathogène d'un microbe trouvé dans l'urine d'éclamptiques. BLANC. *Comp. rend. Acad. d. sc.* 1889. CVIII, 622.

Dystocie. — Présentations de l'épaule. FOURNEL. *Gaz. d. Hôp.* 1889, 514. — Gravidez complicada de fibroma do utero; parto a termo realisado pela ovariotomia; expulsão espontanea do tumor durante o puerperio; fistula vesico-vaginal. SANT'ANNA. *Bol. da Soc. de med. e cirug. do Rio de Jan.*, 1888, III, 195. — Impacted retroversion of the gravid uterus, with a case. O'DONOVAN. *Maryland M. J.*. Bal., 1889, XXI, p. 48. — Casi di utero gravido retroflesso ed incarcerato. TACCHI. *Ann. univ. di med. e chir.*, Milano, 1888, p. 349. — Ein Fall von partieller Retroflexio uteri gravidi in Monat. SPERBERG. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 36. — Zur Kazuistik der Geburtsanomalieu durch Difformitäten des Kindes. STRZALKO et J. ELIASBERG. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 34. — Ein Kinds-Kopfgrosses Hœmatoma Vulvae als Ursache der Placentarretention. CHAZAN. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 30. — De la conduite à tenir dans la présentation de l'épaule. H. VARNIER. *Rev. prat. d'Obst. et d'Hyg. de l'enf.*, septembre 1889. — Case of placenta prævia centralis, with complete adhesion of placenta. NEBLETT. *Virginia M. Month.*, Richemond, 1889-90, XVI, 104. — Zwei Fälle von Entbindung bei Carcinoma Uteri. MERKEL. *München med. Wchnschr.*, 1889, XXXVI, 365. — Some cases of intra-uterine Hydrocephalus, with Remarks. UNDERHILL. *Edinb. m. J.*, septembre 1889.

Grossesse. — Ueber die Zeitdauer der menschlichen schwangerschaft. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd XXXV. Hft 2, p. 371.

Grossesse extra-utérine. — Extrauterin-Schwangerschaft; Durchbruch des Fruchtsackes in die Harnblase; wollständige Entfernung der Knochen der circa fünfmonatlichen Frucht aus dem Fruchtsacke nach nahezu zwei Jahren; GENERSUNG. *Wien. Klin. Wchnschr*, 1889, II, 255. — Laparotomie pour un cas de grossesse embryonnaire dans la corne droite de l'utérus. SCLIFASSOWSKI. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1889, III, 203.

— Extra-uterine pregnancy. Treuholme. *Montreal M. J.*, 1888-89, XVII, 834. — Laparotomy for extra-uterine pregnancy. Weber. *Chicago M. J. and Exam.*, 1889, LVIII, 280. — Case of extra-uterine pregnancy, with primary rupture into cavity of left broad ligament at eight week, and probably secondary rupture into peritoneal cavity with slow hœmorrhage about the twelfth week; laparotomy; death on fifth day. *Gaillard's M. J.*, n° 7, 1889, XLVIII, 479. — Extra-uterine pregnancy, operation, recovery. Bernardy. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1889, XII, 797. — The Early Diagnosis of Extra-uterine Pregnancy. J. C. Reeve. *Am. J. of med. Sciences*, juillet 1889, p. 1. — Cases of extra-uterine gestation. *The Lancet*, Lond., juillet 1889, p. 69. — On extra-uterine gestation. M. Duncan. *The Lancet*, Lond., juillet 1889, p. 53.

Grossesse multiple. — Peculiar case of triplets. Cobleigh. *Cincin. M. News.*, 1889, XVIII, 145.

Nouveau-né et fœtus. — Amputations congénitales et aïnhum. Raugen. Th. Paris, 1889. — Ein Fall von intrauterin geheilter Meningocele spinalis. Czerny. *Prag. med. Wchnschr.*, 1889, XIV, 230. — Hemorrhagæ from the umbilicus. Willis. *Med. and Surg. Reporter*, 1889, IX, 708. — De la variole contractée par le fœtus dans la cavité utérine. Margoulieff. Th. Paris, 1889. — Nécessité d'un complément à la loi de protection de l'enfance. Rouvier. *Arch. de Toc.*, septembre 1889. — Nouvelle couveuse pour enfants. Auvard. *Arch. de Toc.*, août 1889. — Studii ed osservazioni relative alla caduta del cordone ombellicale e sulle variazioni di peso che in tale epoca offrono i neonati. Copasso. *Arch. ital. di pediat.*, Napoli, VII, 17. — Eine Sireneinbildung bei einem Zwillingskinde Schwing. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 28. — Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés par les irrigations de naphtol. Buscarlet. *Arch. de Toc.*, juillet 1889. — Weiteres über Behandlung und Prognose des Nabelschurbruches. Lindfors. *Cent. f. Gyn.* 1889, n° 21. — Des fractures des membres du fœtus pendant l'accouchement. Aujay de la Dure. Th. Paris, 1889. — Eine partielle sternal-und Ventralspalte bei einem neugeborenen Kinde. Swiecicki. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 29. — Sur les mouvements rythmés du fœtus. Bar. *Rev gén. de clin, et de thérap.*, 1889, III, 221. — Absent rectum in an infant, par Owen Pritchard. *Lancet*, Lond., 1889, t. III, p. 369. —

Opérations obstétricales. — D'une nouvelle manœuvre pour l'abaissement d'un pied dans la présentation du siège décom-

plété, modes des fesses. MANTEL. Th. Paris, 1889. — The use of the tampon in pregnancy, par GEORGE H. NOBLE. *Med. Rec.*, N.-Y., 14 septembre 1889, t. XXXVI, p. 285. — D'un procédé fort simple permettant les tractions lentes et continues sur le forceps, par DELASSUS, *Bull. de la Soc. des Sc. méd. de Lille*, 1888, p. 140. — Opération césarienne; succès pour la mère et l'enfant, *Bull. de la Soc. des Sc. méd. de Lille*, par DELASSUS, 1889, p. 111. — Hysterectomy during labor for cancer. MURPHY. *Med. Press. and Circ.* 1889, XLVII, 537. — A case of cœsarean section. GOODELL. *Med. Press.* West. New-York. Buffalo, 1889, IV, 319. — Un caso de basiotripsia. GONZALEZ DE SEGOVIA. *Med. pract.*, Madrid, 1888-89, I, 301. — Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Tamponade des Cervix mit Iodoformgaze. DOLGER. *München med. Wchsch.*, 1889, XXXVI, 209. — Contributo alla tecnica della provocazione del parto prematuro. BOMPIANI. *Bull. d. Soc. Lancisiana d. osp. di Roma*, 1888, VIII, 123. — Case of miomatomy in pregnancy. BILLER. *J. akush. i jeushboliez.*, St-Petersb., 1889, III, 48.— Un'operazione cesarea col metodo di Sänger. MARTA. *Riv. Veneta di sc. med.*, Venezia, 1889, X, 105.— Modern Cœsarean section. VINKE. *Obst. Gaz.*, Cincin., 1889. XII, 238. — Ein Versuch zum Ersetze der Künstlichen Frühgeburt. PROCHOWNICK. *Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 33. — Tait's operation for partial rupture of the perineum. PARVIN. *Med. et Surg. Reporter*, 1889.

Pathologie de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. — De l'hémorrhagie dans le cas de placenta prævia après la mort du fœtus. PANDELY. Th. Paris, 1889. — On acute Non-Septic Pulmonary Disorders as Complications of Puerperium, par J. PHILLIPS. *Trans. of the obs. Soc.*, London, 1889, vol. XXXI, p. 171. — De l'éclampsie puerpérale (histologie, pathogénie et traitement actuels). DUGUET. Th. Bordeaux, 1889. — Pelvic peritonitis from Crede's method, par le Dr MUNN. *Medical Standard Chicago*, août 1889, p. 36. — Ueber das Vorkommen von Zucker in Harne der Schwangeren, Gebärenden, und Wocherinnen. NEY. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd XXXV, Hft 2, p. 239. — Lésions du foie dans l'éclampsie avec ictère et leurs rapports avec les lésions hépatiques de l'éclampsie vulgaire. PILLIET ET LÉTIENNE. *Nouv. arch. d'Obst. et de Gyn.*, juillet 1889. — De la rétention du placenta. DE ARMAS. Th. de Montpellier, 1889. — Dritter Beitrag zur Verhütung des Kindbettfiebers. Rückblich auf die 1869. Klinischen Geburten des Jahres, 1888. LÉOPOLD. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd XXXV, Hft 1.— Des rapports de l'albu-

minurie gravidique avec l'éclampsie. ARNAL. Th. Montpellier, 1889. — Non-infectious fevers in the puerperal state, Hirst. *Univ. M. Mag. Phila.*, 1888-89, 502. — Two observations of typhoïd fever during pregnancy. JAGGARD. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1889, XII, 711. — Ueber die Ruptur und Vereiterung der Beckengelenke während der Geburt und im Wochenbette. DUHRSSEN. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd XXXV. Hft 1. — Extraneous sources of puerperal septicæmia. WIGLESWORTH. *Med. Press and Circ.* Lond., 1889, XLVII, 436. — Puerperal fever etiology, prophylaxis and treatment. BLESH. *N. Am. Pract.*, Chicago, 1889, 209. — Ischio-rectalabcess complicating the puerperium. WITTWER. *N. Am. Pract.*, Chicago, 1889, p. 233. — Sur un cas d'hydramnios développée pendant les premières semaines de la grossesse. BAR. *Rev gén. de. clin. et de thérap.* Paris, 1889, III, 185. — Schilderungen und Beobachtungen über fünf Falle von Eklampsie. MENSINGA. *Int. Klin. Rundschau.* Wien, 1889, III, 461 ; 499 ; 632. — Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. GUÉNIOT. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1889, n° 37. — Un cas de môle vésiculaire. DUMAS et GERBAUD. *Gaz. hebd. de sc. méd. de Montpel.*, 1889, XI, 217. — Note sur un cas d'auto-intoxication intestinale après l'accouchement. PÉROCHAUD. *J. de méd. de l'Ouest*, Nantes, 1889, III, 31. — Ueber die nach Laparotomien und Geburten austehende Ischurie mit besonderer Rücksicht auf deren Grund und Prophylaxis. H. SCHULTZ. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 30. — Ueber peptonurie in der Schwangerschaft. W. FISCHEL. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 27. — Erysipelas and puerperal fever. WILSON. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1889, XII, 618-620. — Puerperal eclamsia without albuminous urine. MONTREAL. *M. J.*, 1888-89, XVII, 851. — Sur les lésions hépatiques dans l'éclampsie avec ou sans ictère. PILLIET. *Compt. rend. Soc. de biol.*, Par., 1889, p. 247. — Etiologia della febre puerperale. MARINO. *Bull. d. Soc. Lancisiana. d. osp. di Roma*, 1888, VIII, 184. — Syphilis et grossesse. SÉNAME. Th. de Lille. 1889. — Phlegmasia alba dolens. LOEB. *St-Joseph, M. Herald*, 1889, VII, 112. — A case of laparotomy and abdominal drainage for puerperal peritonitis. EVANS. *Med. Press. West.* N.-York. Buffalo, 1889, 216. — Note sur un cas de grossesse molaire accompagnée d'albuminurie· SCHUHL. *Mém. de Soc. méd. de Nancy*, 1889, 7. — Hydramnios ; ponction, accouchement prématuré. NICOLAS. *Dauphiné méd.*, 1889, XIII, 70. — Ein Fall von spontaner Ruptur der Gebärmutter während der Schwangerschaft ; Extraction der Frucht durch Laparotomie sechs wochen nachher. BRAUN. *Wien. Klin.*

Wchnschr., 1889, II, 400. — La Syphilis cause d'avortement. LERAND. Th. Paris, 1889. — Mitral Stenosis and Labour. B. HART. *Edinb. m. J.*, 1889, août. — Puerperal convulsions treated by administration of opium. JOHNSON. *The Lancet*, Lond., juillet 1889, p. 14. — On a variety of Post-partum Schock; its nature, Cause and Prevention. H. FERGUSSON. *Edinb. m. J.*, 1889, juillet.

Thérapeutique et antisepsie. — Des injections intra-utérines au moyen du sublimé. JULLIEN. Th. Montpellier, 1889. — Prophylaxis of puerperal Eclampsia, by Dr E. DOERING. *Medical Standard*. Chicago, août 1889, page 40. — Curage utérin dans la septicémie puerpérale. ANDRÉ CHARTIER. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, juillet 1889. Septembre. — Morphium bei Schwanren, Gebärenden und Saügenden. FURST. *Wien. Klin. Wchschr.*, 1889, II, 191. — Einjährige Erfahrungen über die Verwendung der aus kreismittelm gekauften Carbolsaüre in den Handen der Hebammen. SCHILLING. *Ztschr. f. Med. Beamte.* Berl., 1889, II, p. 106. — The treatment of abortions with reports of six cases. BILLER. *N. Am. Pract.*, Chicago, 1889, p. 275. — Mode d'administration du chloral dans l'éclampsie. BLANC. *Arch. de Toc.*, juillet, 1889. — Contribution clinique à l'étude de l'emploi de l'antipyrine en obstétrique et en gynécologie. MISRACHI. *Arch. de Toc.*, juillet 1889, août. — Zur Behandlung der Uterusatonie. AMON. *Internat. klin. Rundschau*, 1889, III, 717. — Some uses of the vaginal tampon in obstetric art, par J. S. GREENE. *Boston Med. and surg. Journal*, 2 mai 1889, p. 425. — Prophylaxie des accidents puerpéraux; instructions pour les sages-femmes, etc. *Journ. d'accouch.* Liège, 1889, n° 14; n° 15. — Ueber di Tamponade des Uterus, nebst Bemerkungen über die Behandlung der Nachgeburtsperiode. VON RAMDOHR. *Med. Monatschr.*, 1889, I, 234.

Variétés. — Ueber Mortalität und Morbilität des Puerperalliebers an der geburtshülflichen Klinik zu Basel während der Jahre 1868-1886, par WALTER HANDSCHIN. *Inaugural-Dissertation*. Basel, 1888. — Comment l'on accouchait dans les Vosges au bon vieux temps. FOURNIER. *J. de méd. de Par.*, 1889, XVI, 337. — Retention of fœtal bones in the uterine cavity. VAN HOOK. *N. Am. Pract.*, Chicago, 1889, 253. — Ablation pendant la grossesse des deux glandes vulvo-vaginales abcédées. BONNET. *France méd.*, 1889, 422. — Remarks ou prolonged gestation in the human female, notes of a case extending over a period of 334

days. MAUS. *N. York. M. J.*, 1889, XLIX, 519. — Zum Hebammenwesen. A. SOLOWIJ. *Cent. f. Gyn.* 1889, nº 34. — La casa di maternita della r. Annunziata di Napoli. MEOLA. *Gior. internaz. d. sc. med.*, Napoli, 1888, 866. — Does the Increase of Civilisation render the occurrence of Sepsis more coumon? FELKIN. *Edinb. m. J.*, 1889, août.

GYNÉCOLOGIE

Anatomie et physiologie. — Einige Wörte über die Atrophie des uterus und der Ovarien. L. KLEINWACHTER. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1889. Bd XVII. Hft. 1. — Orifice pubio-périnéal. FALLOT *Arch. de Toc.*, août 1889; septembre. — Ueber die Einmündungsweise der Muller'schen in den Sinus urogenitalis bei dem menschlichen Embryo. M. BIERFREUND. *Zeit. f. Geb. u. Ginäk.* Bd XVII. Hft 1.

Annexes de l'utérus. — Études critiques du traitement des salpingites. RIZKALLAH. Th. Paris, 1889. — Pelvi-péritonites et pyosalpingites, par H. DURET. *Journ. des Scienc. méd. de Lille*, 1889, nº 20. — Des salpingo-ovarites, par J. CHÉRON. *Rev. méd.-chirurg. des mal. des femmes*, 1889, juin, p. 325. — Complemento de la historia de un caso de ovarioncia bilaterial con anomalia de desarollo de los organes genitales, y complicada de enterocele doble, CORDERO GOMEZ. *Gaz. med.* Mexico, 1889, XXIV, p. 121. — Salpingite tuberculeuse. TERRILLON. *Arch. de Toc.*, août 1889. — Fallopian tubes and ovaries removed from a lady aged 23. ARMSTRONG. *Montreal M. J.*, 1888-89, XVII, p. 841. — Zur kenntniss der Tubengonorrhoe. SCHMITT. *Arch. f. Gyn.*, 1889. Bd XXXV. Hft 1. — Forme rare de salpingite chronique, hyperplasique, végétante. SAVINOFF. *Med. obozr.*, 1889, XXXI, 591.

Ligaments larges. — Kyste du Ligament large à gauche; laparotomie; excision d'une portion du sac; suture de celui-ci à la paroi abdominale, guérison. SACRÉ. *J. de méd. chir. et pharmac.* Brux., 1889, LXXXVII, 229. — The pathological importance of the broad ligaments. L. TAIT. *Edinb. med. J.* 1889, juillet, août.

Menstruation. — Menstruation et Fécondation. AUVARD. *Arch. de Toc.*, septembre 1889. — The disorders of menstruation. CURRIER. *Gaillard's M. J.*, 1889, XLVIII, 450.

Organes génito-urinaires. — Des corps étrangers de la vessie

chez la femme et de leur extraction par la dilatation de l'urèthre. Boulongs. Th. Montpellier, 1889. —Verblutung aus eiem Schleimhautriss zwischen klitoris und Urethra. Drzymalik. *Wien. klin. Wchschr.*, 1889, II, 355. — Melanotic sarcoma of the clitoris. Lafleur. *Montreal M. J.* XVII, p. 827. — The relation of uterine and ovarian to nervous diseases. Lawrence. *Columbus M. J.* 1889, VII, p. 481.— Casuistik von 165 Vesico-Uterinfisteln nebst Mitheilung von 29 einschlägigen Fallen, etc. F. L. Neugebauer. *Arch. f. Gyn*, 1889. Bd XXXV. Hft 2, p. 257. — Fäll of vesico-utero-cervical fistel. Engstrom. *Finska läk. sällsk. Landl.*, 1889, XXXI, 344. — Inguinal suspension of the Bladder. Byford. *N. Am. Pract*, Chicago, 1889, p. 280. — Notes sur l'exploration de l'uretère par le toucher vaginal et le toucher rectal; fait de colique néphrétique ayant au toucher simulé une salpingite. Plicque. *Prog. méd.*, 1889, p. 235. — Étude clinique sur l'imperforation congénitale de l'hymen et ses accidents consécutifs. Petroff. Th. Montpellier, 1889.

Ovaire. — Case of double ovarian tumour, operation, recovery. Holland. *Med. Press and Circ.*, 1889, XLVII, 537. – Hémorrhagie de l'ovaire. Rollin. Th. Paris, 1889. -- Tumeur polykystique de l'ovaire; ablation; mort. Chenieux. *J. Soc. de méd. et pharm. de la Hte Vienne*, 1889, XIII, 43. — Removal of sarcomatous ovary and fifteen Inches of small intestine; death on the tenth day. Jessett. *Brit. Gyn. J.*, Lond., 1889-90, 36. — Condition of ovaries after entire removal of uterus. Grammatikati. *Wratch.* St-Pétersb., 1889, X, p. 327.— Another 40 ovariotomies performed from 1883. Feb., 1888. Krassowski. *J. akush. i jensk. boliez*, St-Petersb., 1888, p. 740; 787. — Ueber die Behandlung bösartiger Eierstocksgeschwülte. Freund. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1889. Bd XVII. Hft 1.

Thérapeutique et opérations gynécologiques. — Étude critique sur le traitement chirurgical contemporain du prolapsus utérin. Gauja. Th. Bordeaux, 1889. — The results in seven operations for the restoration of the lacerated cervix, par L. D. Brose. *Medical News*, 2 février 1889, p. 122. — Abstract of presidential address on oophorectomy in Australia, par T. Chambers. *British Medical Journal*, 25 mai 1889, p. 1157. — Extirpation des Uterus mit Resection der Scheide wegen Vorfalles, Asch. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd XXXV. Hft 2. p. 187. — Opération de Battey, par Duret et Vallin. *Bull. de la Soc. des sc. méd. de Lille*, 1888, p. 109. — Erfahrungen uber Totalextirpation des Uterus. Kaltenbach. *Berl. Klin. Wchschr*, 1889,

XXVI, 389; 417. — The technique of ovariotmy as practised at the university Hospital by Prof. William Goodell, par H. LEWIS. *Medical News*, 29 octobre 1888, p. 713. — Report on cases of the Alexander operation, par D. TOD GILLIAM. *The Times and Register*, juillet 1889, p. 222. — Ablation par la voie vaginale de fibromes volumineux interstitiels de l'utérus, à large base d'implantation. TERRILLON. *Gaz. d. Hôp. Paris*, 1889, LXII, 536 — Removal of dermoid cyst from abdomen. GROVES. *Gaillard's M. J.*, 1889, XLVIII, 448.— Ueber gynäkologische Behandlung bei Psychosen. MERKLIN. *St-Petersb. med. Wochschr.*, 1889, VI, p. 127 ; 137. — New uses for the sharp curette in gynæcology. ENGELMANN. *St Louis Polycl.*, 1889, 77. — The use of electricity in the treatment of diseases of female pelvic organs. J. W. BOWE. *Obst. Gaz. Cincin.*, 1889. — Two cases of abdominal section for salpingitis. STONE. *Virginia. M. Month*, Richmond, 1889, XVI, 98. — Traitement de la métrorrhagie par les injections intra-utérines de teinture d'iode. DENEY. Th. Bordeaux, 1889. — La histerotomia y la histerectomia; dos casos de cancer uterino curados por la amputacion parcial. CORTIGUERA. *Correo med. castellano*, 1889, VI, 193. — Electricity in gynecology. WALLING. *Times and Reg.*, 1889, XX, 172. — Eine Bemerkung zu Dr L. Fellner's Vortrag : Ueber Thure Brandt's Behandlung der weiblichen Unterleibskrankheiten. ROKITANSKY. *Wien. klin. Wochensch.*, 1889, II, 298. — Hystérectomie abdominale totale, et ovariotomie double, guérison. CHÉNIEUX. *J. Soc. de méd. et pharm. de la Haute-Vienne*, XIII, 45.— Electricity in the diseases of women with special reference to the application of strong currents, G. B. MASSEY. *Phil. et Lond.*, 1889. — Laparatomy for tubal disease ; re-operation fourteen days after for symptoms of peritonitis and intestinal obstruction. STEVENSON. *South African M. J.*, 1888-89, IV, 151. — Bromide of potassium in ovarian acne. JAMISON. *Practioner*, Lond., 1889, XLII, 346. — Ooforectomia bilaterale per fibromioma uterino. LORETA. *Gazella d. osp.* Milano, 1889, X, 194. — Amputatione sopravaginale dell' utero per miofibroma seguita de guarigione. Considerazioni relative al trattamento intra-peritoneale del picciulo col methodo dello Schrœder. CANDIA. *Gior. internaz d. sc. med.*, Napoli, 1888, X, p. 686. — Isterectomia della vagina per cancro. BUZZACHI. *Gazz. d. osp.*, Milano, 1889, X, 59 ; 66. — A case of successful total vaginal extirpation of uterus. *Med. Press. and Cir.*, Lond., 1889, XLVII, 438. — Ein Fall von osteoplastischer Resection des kreuzsteissbeines mit nach folgender Extirpation eines carcinomatösen Uterus, ausgefürht von Geheimsrath Prof.

Dr Hegar. Von Beck. *München med. Wochnschr.*, 1889, XXXVI, 229. — Darf die subkutane Kochsalz-infusion bei schwerer Anämie in Folge innerer Blutung zugeweudet werden? Chazan. *Cént. f. Gyn.*, 1889, n° 33. — Chute de l'utérus et cystocèle ; raccourcissement des ligaments ronds et élytrorraphie. Segond. *Gaz. des Hôp.*, 1889, LXII, p. 313. — Sur le massage en gynécologie. Gaudin. *Gaz. de Gyn.*, 1889, IV, 20. — Tumor durch Laparotomie entfernt. Chrobak. *Sitzungsb, d. geb-gynäk. Gesellsch, in Wien.* 1889, II, 41. — Des fistules consécutives à l'hystérectomie. Brulant. Th. Lille, 1889. — Demonstration einer über sechs Jahre im Parametrium gelegenen und daraus entfernten Soudenstückes. Baldy. *Sitzungsb. d. geburtsh-gynæk. Gesellsch. in Wien*, 1889, II, 1889, 33 — Electrolysis in the treatment of some chronic uterine affections R. A. Gibbons. *Practitioner*, Lond., 1889, VLII, p. 321. — Histerogastrorrafia vaginal; nuevo método para el tratamiento de los prolapsos y retroversiones del utero. *Progresso ginec.*, Valencia, 1888, III, p. 321; 337. — La dilatacion cervico-uterina. De Argenta. *Correo med. castellano*, Salamanca, 1889, p. 97. — Fistula in ano in the female, operated on by suturing H. W. Mitchell. *Med. Rec.*, N. Y., 1889, XXXV, p. 485. — Zur Behandlung der Pyosalpinx. Gottshalk. *Deutsche Med. Ztg.* Berl., 1889, X, p. 351. — Zur Technik der Thure Brandt' shen Massageund Heilgymnastik in der gynäkologie. Reibmayr. *Wien. med. Vochnschr.*, 1889, XXXIX, 362; 393; 428. — Hystéropexie pour prolapsus utérin. Dumoret. Th. Paris, 1889. — Combined operations in gynæcology. Mundé. *N. York M. J.*, 1889, p. 534. — Ueber vaginale Total extirpation des carcinomatoren Uterus mit Beifügung eines günstigen Falles. Boerner. *Wien. Klin. Wchnschr.*, II, 272. — On the treatment of prolapse of the uterus by massage and pelvic gymnastics. Smith. *Med. Press. und Circ.*, Lond., 1889, XLVII, 560. — Sur l'opération d'Alexander. Richelot. *Union méd.*, 1889, XLVII, 517. — Un cas de ventrofixation pour prolapsus utérin. Lauwers. *Rev. med. Louvian.* 1889, VIII, 125 — De l'anémone pulsatile dans le traitement des affections utérines. Bovet, *Bull. Soc. de méd. prat. de Paris*, 1889, p. 329. — Ein Nachteil der intrauterinen Aetzungen, speciell der Rheinstädter' shen Chlorzinkätzungen bei Metritis und Endometritis. Blumenthal. *Deutsch. Med. Ztg.* 1889, X, 295. — The after-treatment of kolpo-urethro-cystotomy and other similar operations by a new system of continuous irrigation and drainage. Boseman. *N. York M. J.*, 1889, XLIX, 592. Die Thure Brandt'she Behandlung der weiblichen Sexual organe. Fellner. *Klin. Zeit. u. Streitfragen*, 1889, III, 101. — The electrical treat-

ment of uterine tumours, par JAMES AVELING. *British med. Journal*, 25 mai 1889, p. 1162.

Troubles divers d'origine génitale. A case of partial retention of menstrual excretion by a membranous occlusion of the os uteri. A. D. SINCLAIR. *Boston Med. and Surg. Journal*, 2 mai 1889, p. 435. — Hématurie menstruelle supplémentaire. LEBEC. *France méd.*, 1889, I, 494. — Complications following abdominal section, J. M. BALDY. *Buffalo M. et S. J.*, XXVIII, p. 597. Des troubles viscéraux consécutifs à l'affaiblissement du plancher pelvien chez la femme. DE LOSTALOT. Th. Paris, 1889.

Utérus. — A case of retroversion and fixation of an atrophied uterus cured by electricity, par A. RALPH JOHNSTONE. *The North American Practitioner*, août 1889, p. 373. — A case of inversion of Uterus, sixteen months standing; replacement; recovery, par W. NEWMAN. *Trans. of the. Obst. Soc.*, London, 1889, vol. XXXI, p. 166. Uterine hemorrhage and ligation of the uterine vessels as a therapeutic expedient, par JOHN A. MILLER. *Med. Rec.*, N.-Y., 14 septembre 1889, t. XXXVI, p. 284. — Sur une forme particulière d'inversion polypeuse de l'utérus (*inversion supéro-latérale*), amputée par l'écrasement linéaire avec suture, par FAUCON, in *Bull. de la Soc. des sc. méd. de Lille*, 1889, p. 3. — Amyloïde Degeneration eines Uteruspolypen. STRATZ. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1889, Bd. XVII, Hft. 1. — Déchirures du col utérin. Pathogénie de leurs complications. Traitement. PASCAULT. Th. Paris, 1889. — Des déplacements de l'utérus et des nouveaux procédés opératoires propres à y remédier, par CH. DEBIERRE. *Bull. méd. du Nord*, 1889, n° 6, p. 260. — Rapport sur un travail de M. le Dr A. Walton intitulé : Contribution à l'étude du traitement des fibromes de la matrice. HUBERT. *Rev. méd. Louvain*, 1889, VIII, 152. — The early recognition and treatment of cancer of the uterus. MAURY. *Memphis M. Month.*, 1889, IX, 241. — Uterine fibroïd; removal, recovery. ELDER. *Montreal M. J.*, XVII, p. 806. — Intorno alla cura della retroflessione dell'utero, ed ai risultati ottenuti col processo del Ruggi, E. MICHELI. *Riforma med.*, Roma, 1889, p. 32. — Another case of complete inversion of the uterus. HUTCHINSON. *Lancet*, Lond., 1889, p. 836. — Laceration of the cervix uteri. FOSTER. *Homœop. J. Obst.*, N.-Y., 1889, XI, p. 213. — Zur Behandlung des retroflektierten Uterus nut peritonealen Adhäsionen. FLOEL. *Frauenarzt*, Berl., 1889, IV, 271. — Cancer de la trompe et du corps de l'utérus ; hystérectomie abdominale ; guérison, récidive au niveau du pédicule ; mort de cachexie

cancéreuse. POLAILLON. *Union méd.*, 1889, XLVII, 688.— Prolapse of the uterus ; hysterorraphy. CUSHIER. *Intern. J. Surg.*, N.-Y., 1889, II, 136. — Two cases of hemorrhagic endometritis simulating intra-uterine cancer. CROOM. *Med. Press. and Circ.*, 1889, XLVII, 531.

Vagin. — De la vaginite granuleuse en dehors de la grossesse. POURTAL. Th. Montpellier, 1889. — Corpi stranieri in vagina. RUSCONI. *Gazz. d. osp.*, Milano, 1888, IX, p. 825. — Ematometra per atresia alta della vagina ; riduzione e scomparsa di tumori multipli del piccolo bacino in seguito alla evacuazione artificiale vuotamento da una sacca ematica residuale nell'urociste; guarigione. A. TURRETA. *Gior. internaz. d. sc. med.*, Napoli, 1889, XI, p. 21. — Contribution à l'étude des kystes du vagin. COMBES. Th. Paris, 1889. — Two cases of transverse septum in the vagina. CULLINGWORTH. *Lancet*, Lond., 1889, p. 726. — Déchirures vagino-périnéales. ARDOUIN. Th. Paris, 1889.

Vulve. — Sur une complication vésicale de la vulvite des petites filles. BERGER. *Ann. de la policlin. de Bordeaux*, 1889, 37.

Variétés. — Zur Frage der Aétiolagie der akuten Peritonitis. SOLOWJEFF. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 37. — Zur Frage der Behandlhung bedeutender intra-abdominaler Blutungen. KÜSTNER. *Deutsch. m. Wchschr.*, 1889, XV, 333. — Nécessité d'un diagnostic précis en gynécologie; diagnostic histologique des endométrites. Paul PETIT. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1889, juillet. — Cystic disease in the female. MAGILL. *Med. Standard, Chicago*, 1889, p. 140. — Ueber Magenaffektionen bei weiblichen. Genitalleiden. ROSENTHAL. *Intern. Klin. Rundschau*, 1889, II, 665. — Dyspareunia. MUNDÉ. *Intern. J. Surg.*, N. Y., 1889, II, 133. — Körperliche und geistige veränderungen in weiblichen Körper nach Künstlichen verluste der Ovarien enierseits und des uterus andererseits. GLAEVECKE. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd XXXV. Hft 1. — Des aberrations du sens génésique et de l'hybridité chez les animaux. Armand GOUBAUX. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.* Juillet 1889.

BIBLIOGRAPHIE

Gynæcological electro-therapeutics, par HORATIO R. BIGELOW, H. K. Lewis. London, 1889.

Dans ce livre, précédé d'une introduction par G. Apostoli, H. R. Bigelow, après avoir résumé rapidement les diverses données physiques qui ont trait aux courants électriques, étudie leur mode d'application et leur action dans les tumeurs utérines, les maladies des ovaires et des trompes, les inflammations péri-utérines, les métrites, les troubles de la menstruation et les déplacements de l'utérus. Peu de choses personnelles; presque tout est emprunté aux divers auteurs qui ont écrit favorablement sur cette question. Bigelow nous parait un peu enthousiaste ; n'a pour ainsi dire vu que des succès; et, à l'en croire, l'électrothérapie suivant la méthode d'Apostoli, ne causerait jamais la mort. C'est là une erreur. Nous n'en voulons pour preuve que deux malades mortes à 13 mois d'intervalle dans le même service, d'accidents consécutifs au sphacèle de fibromes, survenus après application de courants électriques suivant la méthode de M. Apostoli. Nous pourrions encore citer deux autres cas d'accidents graves, observés dans ces derniers mois l'un par un de nos maîtres et l'autre par un de nos amis à la suite d'un traitement électrique institué contre des salpingites qu'on avait prises pour des fibromes. L'électrothérapeutique en gynécologie mérite certes d'être étudiée, mais il nous semble qu'après avoir été pendant longtemps à peu près délaissée, elle tient aujourd'hui une place trop grande entre les mains de certains praticiens.

Le massage de l'utérus, par G. NORSTRÖM. Lecrosnier et Babé. Paris, 1889.

Après avoir rappelé comment le massage utérin a tout d'abord été mis en pratique par un empirique, le major Thure Brandt, Norström passe en revue les différents médecins qui l'ont préconisé, son efficacité dans la métrite, la dysménorrhée, l'involution utérine, le prolapsus, les corps fibreux ; il termine par une étude du manuel opératoire. H. H.

Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus, par V. Cornil. Paris, F. Alcan, 1889.

Jusqu'ici les divers traités de gynécologie, publiés en France, ne contenaient qu'une anatomie pathologique des plus incomplètes. La possibilité d'avoir, après des extirpations chirurgicales d'organes, des pièces fraiches, a permis dans ces dernières années de reprendre l'étude histologique précise des diverses lésions de l'appareil génital. Dans l'ouvrage qu'il vient de publier, le professeur Cornil, après avoir rappelé sommairement l'anatomie normale de l'utérus et des trompes, étudie les métrites du col et du corps, les polypes muqueux et fibreux, la tuberculose utérine qu'il a reproduite expérimentalement avec M. le Dr Dobroklonsky chez le cobaye, l'hydrosalpinx, la salpingite catarrhale végétante, la salpingite purulente, la salpingite blennorrhagique, l'hématosalpinx, la salpingite tuberculeuse ; il termine par une étude détaillée du cancer de l'utérus; des descriptions courtes mais précises, des détails de technique suffisants, de nombreux dessins de préparations histologiques, assurent le succès de ce travail auprès de tous ceux qui s'intéressent à l'anatomie pathologique des affections génitales de la femme. H. H.

Traité pratique des accouchements, par A. Charpentier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 2e édition, entièrement refondue. *Tome premier :* Anatomie, physiologie, grossesse physiologique, accouchement physiologique, pathologie de la grossesse. Paris, 1889, 1 vol. gr. in-8 de 1120 pages avec 2 planches coloriées et 377 figures. J.-B. Baillière et fils. Prix de l'ouvrage complet : 30 fr.

Le gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1889

TRAVAUX ORIGINAUX

OPÉRATION CÉSARIENNE POUR UNE GROSSESSE COMPLIQUÉE DE FIBROMYOMES DE L'UTÉRUS ET DU LIGAMENT LARGE

Par le Dr **Tuffier**, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

Les observations d'opération césarienne sont rares et il y a, je crois, tout intérêt pour la chirurgie à publier les cas malheureux. Ils permettent de juger une opération controversée, de poser à l'avenir des indications opératoires plus précises et un pronostic plus solidement établi. Le fait suivant s'est présenté à la Maternité, pendant que j'y suppléais le professeur Tarnier et M. Bouilly (1).

Ad. Fort..., venait, le 16 août 1888, demander des soins pour une grossesse compliquée. C'était une femme de 32 ans, relativement forte et qui, chose curieuse, n'accusait aucun antécédent pathologique, aucun passé utérin qui permît de présumer l'affection actuelle. Elle a fait, il y a 2 ans, une fausse couche de deux mois et demi mais elle n'a eu aucune déviation des règles, elle n'a remarqué aucune tumeur abdominale, ni même une augmentation quelconque du volume de l'abdomen, avant sa grossesse.

(1) Cette observation a été rédigée d'après les notes de M. Létienne, interne du service.

Il y a 6 mois, le 20 février dernier, elle a été réglée pour la dernière fois. Depuis cette époque le ventre a rapidement grossi et il est devenu le siège de douleurs assez vives mal déterminées, sensations de malaise et de tiraillements, difficulté de la marche, exacerbations sous forme de coliques. Léger écoulement vaginal glaireux, sans métrorrhagies.

A son entrée, la simple inspection de l'abdomen fait constater une asymétrie de l'hypogastre plus saillant à gauche, le palper fait reconnaître une masse irrégulière et diffuse remplissant tout le bassin et les deux fosses iliaques. Cette masse est bilobée. A gauche un lobe du volume d'une tête d'adulte parsemé de bosselures arrondies, lisses, disséminées sans ordre à sa surface, ressemble à l'utérus farci de fibromes, à droite je trouve une masse plus dure, plus noueuse, à peu près de même volume. L'ensemble de la tumeur est immobilisé dans sa situation, on peut légèrement faire osciller le lobe gauche, mais le lobe droit séparé seulement du précédent par une légère échancrure s'enfonce dans le petit bassin, lui est directement accolé et nous le retrouvons par le toucher vaginal. De ce côté le doigt est arrêté dès l'entrée, par une grosse masse dure située à droite dans l'excavation; elle est lisse, arrondie, immobile et fait une telle saillie dans le vagin, que l'index a la plus grande peine à cheminer entre elle et la paroi pelvienne gauche, au fond du vagin le doigt plus libre atteint le col utérin ramolli dans sa moitié inférieure et contiguë de tous côtés aux parois pelviennes.

L'auscultation de cette masse révèle un souffle intermittent synchrone à la systole cardiaque. Au niveau du lobe droit de la tumeur je constate très nettement les battements du cœur du fœtus.

Cette femme souffre presque constamment et surtout la nuit, ces douleurs intermittentes s'accompagnent de contractions utérines, faciles à percevoir par les changements de consistance des segments utérins, intermédiaires aux tumeurs fibreuses.

Peu à peu les forces diminuent, l'amaigrissement s'accentue très vite, l'appétit disparaît, à peine peut-on faire

prendre un ou deux verres de lait par jour, bientôt même la moindre ingestion de liquide s'accompagne de crises de dyspnée, la température oscille au-dessus de 38°. Les urines sont rares, glaireuses et purulentes, mais après filtration elles ne donnent pas de précipité albumineux.

Dans ces conditions je jugeai une intervention indispensable. Le 4 septembre 1888, les précautions scrupuleuses d'antisepsie étant prises, je fais une incision abdominale de 15 centimètres sur la ligne blanche. Je découvre la face antérieure de l'utérus, je l'explore et choisissant la partie du tissu utérin la moins altérée, je fais une incision de 10 centimètres et demi ; le placenta était inséré en cet endroit, je le déchire rapidement en plongeant ma main dans l'utérus, je saisis la première partie fœtale qui se présente sous mon doigt et j'extrais d'un seul coup le fœtus vivant et le placenta. Le tout avait à peine duré quelques secondes, mes aides prévenus saisissent à pleines mains les bords de la plaie utérine et celle de la section abdominale si bien que du même coup la cavité péritonéale est fermée, les liquides amniotiques n'y peuvent pénétrer et l'hémostase est parfaite. La malade a perdu fort peu de sang, et de l'avis de tous les assistants l'hémorrhagie a été moindre que dans un accouchement normal.

Je fais faire deux injections d'ergotine, et quelques minutes après, l'utérus rétracté était exsangue. Je fais rapidement la toilette de sa cavité, je place un drain dans le col et je pratique la suture. Neuf fils de grosse soie phéniquée plate, intéressent profondément toute la tranche utérine jusqu'au voisinage de la muqueuse. Cette suture faite, je constate qu'elle est irrégulière, ce qui est dû à l'inégale résistance du tissu utérin dans les points où les fils passent à travers du tissu fibromateux, il est impossible de coapter exactement parce que le fibrome est inextensible, c'est pourquoi je place neuf fils de catgut, superficiellement. Je cherche alors les ovaires pour en pratiquer l'ablation, je les reconnais à la partie postérieure de l'utérus, mais il est impossible de les enlever ; ne voulant pas prolonger la durée de l'opération

trouvant des adhérences solides et vasculaires, je me contente de lier les deux trompes à leur insertion utérine. Toilette du péritoine, suture au catgut et en surjet de la séreuse, suture de la paroi au crin de Florence. Pansement iodoformé et ouaté, compresses vaginales sublimées. Immédiatement après l'opération la température est de 37°,2. L'hémostase est parfaite.

La journée se passe sans aucun incident, la malade répond avec calme à toutes les questions, elle ne présente aucun des signes du choc. La température est de 37°,6 le soir et le pouls est à 124. Dans la nuit, des signes d'agitation se manifestent et elle meurt à 7 h. du matin sans avoir présenté ni hémorrhagie, ni vomissements ni douleurs abdominales.

L'autopsie complète n'a pu être faite, j'ai seulement disséqué l'utérus, la tumeur et ses annexes, et les reins. Toute



l'excavation pelvienne est remplie par la masse fibromateuse qui s'est moulée sur ses parois, si bien qu'on trouve nettement d'un côté l'utérus farci de fibromes, et de l'autre une énorme masse développée dans le ligament large droit et descendant le long du vagin. La tumeur et l'utérus pèsent 2600 gr. La pièce se compose de trois parties principales.

1° L'utérus déjeté sur la gauche et en arrière, présentant à la surface des fibromes multiples.

2° Une masse énorme développée dans le ligament large droit, et formée de bosselures inégales, les plus volumineuses de la dimension d'une tête fœtale, les plus petites de la grosseur moyenne d'une noix.

3° Une masse de même nature, beaucoup plus petite, siégeant à la base du ligament large gauche et séparée de la tumeur droite par un sillon profond.

Le col de l'utérus très long remonte derrière ces deux tumeurs. Les annexes du côté droit sont appliquées contre la face postérieure de la masse néoplasique droite et y adhèrent solidement. Celles du côté gauche sont intimement unies à l'utérus, l'ovaire lui est cependant uni par un petit fibrome. La suture est parfaite et la cavité utérine ne contient pas de sang.

L'uretère droit est dilaté et présente 1 centimètre de diamètre, le bassinet renferme une sorte de bouillie séro-purulente, il est très dilaté, le rein présente les altérations caractéristiques de la pyélo-néphrite.

L'examen anatomique de la tumeur nous a montré qu'il s'agissait de fibromes types et l'examen histologique fait par M. Pilliet a confirmé ces notions.

L'histoire de cette malade présente plusieurs points qui méritent de nous arrêter.

La tumeur en elle-même est intéressante par sa *rapidité d'évolution* et par son *siège*. Nous savons que les fibromes reçoivent une impulsion du fait de la grossesse, mais il semble qu'ici cette évolution ait été bien au delà de ce que nous avons l'habitude d'observer, cette femme n'avait jamais présenté d'accident imputable à la présence d'une tumeur utérine; en 6 mois le tissu pathologique a donc acquis cet énorme volume.

Le *siège* même du néoplasme est plus remarquable car c'est lui qui a nécessité l'intervention et c'est lui également qui a été la cause de son issue fatale. Les fibromes du corps de l'utérus permettent facilement la grossesse, ils n'entravent pas trop l'accouchement, et cela, par suite de leur situation dans l'utérus même qu'ils accompagnent pendant son ascension

dans le grand bassin, souvent même ils s'effilent, ils s'aplatissent, pour laisser passer la tête fœtale. Ici rien de semblable ne s'est présenté et ne pouvait se présenter, c'est que la masse fibreuse était enclavée dans la base du ligament large, bridant ainsi l'utérus, pouvant à la rigueur le laisser se développer dans le grand bassin, mais incapable de suivre son mouvement d'ascension. C'est ce fibrome enclavé dans l'excavation qui rendait impraticable cette voie à la tête fœtale quelles que fussent ses dimensions. C'est encore ce siège dans le ligament large qui a été la cause de la mort et voici comment. Les corps fibreux utérins compriment très rarement l'uretère, tous les auteurs sont d'accord sur ce point, il en est autrement des fibromes intraligamentaires. Le néoplasme qui dissocie ce repli rencontre le conduit urétéral qui fixé à la vessie se trouve fatalement comprimé sur l'excavation et de fait c'est avec cette variété de fibromes que l'on rencontre les lésions rénales, c'est ce qui a eu lieu chez notre malade et la pyélo-néphrite que l'autopsie nous a montrée en est la preuve. C'est cette lésion rénale que je crois responsable de l'issue fatale de notre intervention. La façon dont cette femme a succombé ne cadre pas avec ce que nous connaissons de la mort après ces grandes interventions. Ces malades meurent en général de deux façons, en dehors des septicémies, de choc opératoire ou d'hémorrhagie. On ne peut invoquer ici le choc puisque la température est restée à 37°, et que l'état général est demeuré parfait. On ne peut pas davantage incriminer la perte de sang qui, je le répète, a été moindre que dans un accouchement normal. Il ne peut être question ici de septicémie suraiguë, ni la température, ni la marche des accidents ne permettent cette hypothèse. La façon dont est morte cette malade s'accorde beaucoup mieux avec ce que nous savons de la façon dont meurent les malades atteints de lésion rénale grave, sous l'influence d'un traumatisme, ils s'abattent ainsi brusquement, et succombent en 34 ou 36 heures.

L'intervention opératoire m'a paru dans ce cas absolu-

ment légitime. J'ai obéi là à une double indication l'une venant du fœtus, l'autre venant de la mère. Le fœtus était audelà du sixième mois, il n'avait aucune chance de traverser le bassin, toute manœuvre par la voie vaginale était interdite puisque l'index seul pouvait s'y engager par un trajet tortueux; sa vitalité même était sérieusement menacée par les contractions utérines, dont le nombre et l'intensité croissaient chaque jour, il fallait donc intervenir pour l'extraire vivant. La vie de la mère n'était pas en moindre danger, elle s'affaiblissait de plus en plus, l'alimentation était impossible, l'amaigrissement s'accentuait chaque jour, la dyspnée devenait continue, les douleurs étaient subintrantes. Il fallait de toute nécessité en finir avec cet état grave et s'aggravant sans cesse, la temporisation diminuait nos chances de succès.

La conclusion de toute cette histoire c'est que si l'opération césarienne pratiquée dans les cas de fibrones utérins, donne une mortalité considérable, son pronostic est aggravé encore quand la tumeur a envahi les ligaments larges et probablement déjà altéré le rein.

EXTIRPATION TOTALE DE L'UTÉRUS PAR LA VOIE VAGINALE

INDICATIONS MODERNES DE LA CURE RADICALE DES TUMEURS MALIGNES UTÉRINES (1)

Par **Dmitri de Ott**, professeur de gynécologie à l'Institut clinique de St-Pétersbourg.

II. — Diagnostic.

Le succès de la cure opératoire radicale du cancer utérin dépendant essentiellement de l'ablation de *tous* les tissus affectés de cancer, il est nécessaire, de savoir diagnostiquer chez chaque malade, d'une manière *précise* et *exacte* le degré de

(1) Voir *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, octobre 1889.

développement de l'affection, ou, en d'autres termes, de savoir établir la différence entre le tissu morbide et le tissu sain. Il est vrai, que sous ce rapport nous possédons certains signes cliniques qui peuvent nous aider, mais ces signes sont imparfaits et n'acquièrent souvent de netteté, qu'au moment où la maladie a pris un développement tel que la cure radicale ne peut plus être obtenue.

Les recherches faites à l'aide du microscope, dans des conditions semblables, ne peuvent aussi conduire, dans la plupart des cas, à des conclusions définitives, parce que tout ce que nous savons sur les voies et sur la manière dont se propage le cancer est trop insuffisant pour en tirer des déductions pratiques. De même la détermination nette des éléments cancéreux n'est pas toujours facile histologiquement; aussi, privés des données topographiques, sommes-nous souvent placés dans des conditions très défavorables par rapport à l'appréciation exacte de chaque cas. Aussi tentons-nous de faire nos incisions dans des tissus normaux, aussi loin que possible de la région affectée, nous efforçant d'enlever les tissus avoisinants sur l'étendue la plus large, dans l'espoir que cette manière d'agir purement empirique, je serai même tenté de dire obscure et problématique, nous mettra dans la possibilité de sauver plus sûrement la malade.

Tant que nous n'aurons pas trouvé le moyen de distinguer nettement et sans erreur le tissu normal du tissu pathologique, tous nos efforts devront être dirigés vers la constatation aussi précoce que possible de l'affection afin de pouvoir arrêter sa propagation par une intervention opératoire opportune. Il est évident que dans ce cas nous devrons regarder comme le meilleur, le moyen qui nous permettra de faire le diagnostic le plus rapidement possible. A ce point de vue il faut placer en première ligne l'examen microscopique.

Lorsque le diagnostic du cancer peut être fait à l'aide de moyens cliniques, il n'y a aucune difficulté à le confirmer par l'investigation microscopique, car dans les cas qui sont reconnaissables cliniquement il s'agit ordinairement d'une

affection qui remonte déjà à une époque éloignée. Par suite du développement considérable du processus morbide, les préparations microscopiques faites pour confirmer le diagnostic présentent presque dans chaque coupe des modifications histologiques caractéristiques du cancer.

Il est malheureusement beaucoup plus difficile de diagnostiquer histologiquement le cancer dans ses périodes initiales, alors justement que le diagnostic clinique de tumeurs épithéliales affectant le corps ou le col de l'utérus ne peut être établi qu'à l'aide du microscope. Ces difficultés existent surtout pour le diagnostic du cancer glandulaire, par suite de conditions purement topographiques. L'observation clinique nous montre que dans le cancroïde l'affection maligne se propage de préférence sur le museau de tanche, s'étendant sur la muqueuse vaginale. Grâce à cette propriété du cancroïde il est évident que, dans cette affection, on peut beaucoup plus facilement prendre de grandes portions de tissus pour l'examen microscopique, que dans le cancer glandulaire, vu que dans cette dernière affection, contrairement au cancroïde, la portion vaginale accessible reste parfois sans altération, l'affection se propageant surtout sur la muqueuse dans la profondeur de l'utérus.

Les caractères particuliers des différentes variétés du cancer utérin doivent être pris en considération quand on a recours au diagnostic microscopique.

Le cancroïde du col utérin au début se traduit ordinairement par une exulcération incorrectement appelée *érosion*, qui n'est par son aspect extérieur, ni papillaire, ni folliculaire, qui n'a par conséquent rien de caractéristique en tant qu'érosion, mais qui présente ceci de spécial qu'elle est rebelle au traitement, et que même, grâce à sa nature hémorrhagique, elle s'aggrave de plus en plus quoi qu'on fasse. Dans ces conditions, on n'a ni détritus, ni signes cliniques extérieurs caractéristiques du cancer; aussi *le médecin est-il obligé de soumettre immédiatement à un examen microscopique les parties malades de la région suspecte*. Les incon-

vénients insignifiants, qui résultent pour la malade de cette manière de procéder, ne peuvent jamais être considérés comme une contre-indication à cette recherche puisqu'il s'agit d'une affection qui menace la vie de dangers sérieux.

Lorsque l'on enlève ainsi une portion du col utérin il est toujours désirable d'exciser un fragment qui permette l'examen des tissus avoisinants qui paraissent normaux. Il est bon aussi d'avoir en même temps des pièces contenant le point de passage de l'épithélium plat à l'épithélium cylindrique.

L'idée d'enlever pour l'examen un fragment assez volumineux du col utérin paraît en contradiction avec les avis des autres auteurs (Fritsch) qui n'approuvent nullement l'excision de pièces d'épreuve volumineuses, parce qu'alors, disent-ils, dans le cas où l'extirpation totale de l'utérus serait reconnue nécessaire, on n'aurait plus le moyen de saisir avec la pince de Museux l'utérus lui-même. Ce conseil de Fritsch n'a de valeur que pour les cas où le tissu de l'utérus est affecté à un degré tel que la pince pourrait le déchirer.

Mais de pareils cas n'ont pas besoin, pour être diagnostiqués, d'un examen microscopique, et de plus, par suite du développement excessif de l'affection, ils ne sont plus justiciables de l'extirpation totale de l'organe.

Après l'ablation d'un fragment même comparativement volumineux de la portion vaginale qui porte une érosion suspecte, la partie restante du col, grâce à sa fermeté, suffit *toujours* pour servir de point d'appui au moment où l'on saisit l'utérus avec une pince pour en pratiquer l'extirpation. Après cette excision de recherche on fera avec avantage des sutures hémostatiques du col utérin. L'excision d'un grand segment de col, contenant en même temps que les tissus pathologiques des tissus normaux, est d'autant plus nécessaire, que dans ces conditions nous pouvons non seulement *voir* les éléments pathologiques, mais que nous pouvons aussi étudier les rapports topographiques de ces derniers et apprécier ainsi la gravité du cas examiné.

Si, en étudiant la préparation et en comparant le point suspect avec la partie normale, nous remarquons que l'épithélium plat, composé de plusieurs couches, ne s'amincit pas graduellement de la périphérie vers l'orifice externe du col — ce qui a lieu dans les conditions normales, — que la limite normale entre les coupes d'épithélium plat et le tissu sous-jacent s'est modifiée et que l'épithélium plat pénètre dans l'intérieur de ce tissu sous forme d'apophyses irrégulières, alors le diagnostic n'offre aucune difficulté. Dans le cas où l'examen d'une seule coupe microscopique est insuffisant, on peut toujours résoudre la question sur une série de coupes topographiques, préparées avec la même pièce. Si, au contraire, on examine une pièce trop petite ne contenant que le tissu néoplasique, il est souvent impossible de se faire une idée claire du développement hétérogénique de l'affection.

Le diagnostic du cancer glandulaire présente plus de difficultés que celui des formes précédentes pour les raisons suivantes : 1° il est beaucoup plus difficile d'exciser de la cavité du col utérin et surtout de l'*os uteri* une quantité de tissu suffisante pour les recherches microscopiques ; 2° la pathologie de cette affection étant plus complexe que celle du cancroïde n'est pas encore assez mise en lumière. Il n'existe point de limites assez tranchées entre les productions, que nous devons considérer comme « bénignes » et celles qui sont de nature « maligne ». Certes il n'est pas difficile de poser le diagnostic de cancer glandulaire, après une étude attentive des tissus obtenus par le raclage dans les cas où l'affection est complètement développée, et nous n'avons pas lieu de nous attarder à cette question. Mais il est extrêmement important de faire le diagnostic des périodes *initiales* de cette affection. A ce point de vue, nous devons d'abord porter notre attention sur l'*adenoma malignum, s. destruans.*

S'il est inexact, au point de vue purement anatomo-pathologique, de regarder l'*adenoma malignum* comme la pre-

mière période du cancer nous pouvons cependant l'admettre au point de vue clinique (L. Fürst et autres), d'autant plus que l'anatomie pathologique ne peut tracer de limite nette entre la susdite affection et le cancer glandulaire. Il est ici peut-être encore plus important que lors de cancroïde de la portion vaginale, d'enlever des morceaux suffisamment grands pour qu'on puisse avoir, en même temps que le tissu pathologique, des tissus normaux. Des coupes permettant d'étudier la topographie des lésions sont ici nécessaires pour arriver au diagnostic de la tumeur glandulaire maligne, car on ne peut se faire une idée du développement hétérogène du tissu glandulaire, constituant le signe le plus caractéristique de l'*adenoma malignum*, qu'à l'aide de ces coupes topographiques. Les pièces enlevées par raclage, après durcissement par l'alcool, sont incluses dans la celluloïde ou dans toute autre masse appropriée, permettant d'en pratiquer des coupes.

Il faut avoir grand soin, en colorant les coupes, de bien mettre en lumiere le rapport des glandes modifiées et de la couche musculaire sous-jacente.

Le meilleur colorant, en pareille circonstance, est le picrocarmin qui permet de différencier les muscles des autres tissus. Lorsque le tissu glandulaire se développe d'une manière hétérogène, les glandes pénètrent la couche musculaire et la détruisent, aussi ce mode de préparation permet-il de constater de la manière la plus nette, les caractères destructifs de l'adénome (*adenoma destruans*).

Ce diagnostic, basé sur les données de l'investigation microscopique, devient une *conditio sine quâ non* dans les cas douteux, et, dans toute une série de faits, on a raison de lui attribuer une importance décisive. Malheureusement, dans l'état actuel des choses, l'investigation microscopique seule ne peut encore toujours nous permettre de préciser le diagnostic de chaque cas. Elle paraît souvent insuffisante pour établir la nature maligne d'un produit pathologique à la période initiale de son développement. L'étude microsco-

pique est quelquefois si peu caractéristique, qu'on ne peut établir le diagnostic d'une manière positive. Dans de pareils cas nous sommes par conséquent privés de ce diagnostic incontestable, qui pourrait servir de base à une indication opératoire.

Aussi, dans ces conditions, nous bornons-nous à une observation systématique et prolongée de la malade, observation suivie en cas de besoin, d'un raclage *répété*, accompagné des recherches microscopiques. Dans deux des observations que nous avons rapportées (obs. XXVII et XXIX), le raclage répété seul nous a permis de déterminer la véritable nature de l'affection. Dans ces cas le raclage répété fut indiqué par des hémorrhagies successives. Bien que dans ces cas on eût diagnostiqué, en se basant sur les préparations microscopiques, une *endometritis glandularis hyperplastica*, affection regardée comme de nature bénigne, l'observation prolongée des malades nous montra avec évidence, que le résultat de l'examen microscopique à la suite du premier raclage ne pouvait être regardé comme définitif. Il est évident que dans des cas analogues on ne pourra arriver à une appréciation prompte et exacte des lésions, que lorsqu'on aura déterminé les rapports, qui existent entre l'*endometritis hyperplastica glandularis* (adenoma benignum), d'une part, et la forme décrite sous la dénomination d'*adenoma malignum s. destruans* (Ziegler) et enfin le cancer glandulaire (*adeno-carcinoma*), d'autre part.

Au point de vue clinique, il serait très important de savoir si l'on doit considérer l'*endometritis hyperplastica glandularis*, comme une forme indépendante, constituant une espèce à part, une affection bien limitée anatomiquement, ou bien si ce n'est qu'un degré de certains états pathologiques qui se transforment, après une durée plus ou moins longue, du type bénin en production maligne ayant une structure histologique spéciale. La première hypothèse restant jusqu'à présent celle des traités d'anatomie pathologique, il est désirable d'arriver à trouver des

moyens qui permettraient de déterminer sans faute, par l'examen de préparations microscopiques, la nature de l'affection glandulaire de la muqueuse utérine.

L'anatomie pathologique ne donnant point, à notre grand regret, de réponses satisfaisantes à toutes ces questions, nous sommes forcé de regarder jusqu'à présent nos indications d'intervention thérapeutique, comme empiriques, basées sur des données empruntées aux publications casuistiques et ne possédant pas une exactitude scientifique suffisante. La difficulté du diagnostic est augmentée de ce fait, que nous ne possédons en général pas de notions nettes sur les limites qui existent entre les processus malins et les processus bénins. Nous venons de parler de la difficulté qu'on éprouve à déterminer la nature des modifications pathologiques de la cavité utérine, il n'est pas moins difficile de déterminer celle des modifications glandulaires du col utérin, connues sous le nom d'érosions (*erosio glandularis*).

Les opinions sont absolument opposées sur la nature de ces « érosions » ; les uns (Fischel) les regardent comme des productions se rappprochant de celles du type physiologique (*erosio physiologica*), tandis que les autres (Ruge) les considèrent comme le résultat de modifications inflammatoires par excellence ; n'ayant sur ce sujet aucune notion anatomique précise, il devient extrêmement difficile de tracer ici la limite exacte entre ces érosions et les dégénérations néoplasiques au début.

Le critérium le plus sûr de la production maligne, le développement hétérogène de tissus, paraît insuffisant en présence des opinions formulées sur la nature de l'érosion. Aussi, pour être conséquent, les productions glandulaires de ces érosions pénétrant le tissu musculaire et se développant ainsi d'une manière hétérogène, on devrait les mettre en parallèle avec l'*adenoma malignum*. Si l'on se rappelle la peine que l'on a à guérir ces érosions qui ne cèdent même pas à l'emploi des caustiques et la facilité avec laquelle elles réci-

divent, alors l'identification des érosions avec les tumeurs du type malin a encore plus sa raison d'être.

J'ai rappelé ces faits pour indiquer les lacunes qui existent dans l'état anatomo-pathologique de la question, lacunes qu'il serait bien désirable de combler. Reconnaissant bien qu'il est impossible de fixer anatomiquement la nature exacte de ces productions glandulaires qu'on considère ordinairement comme bénignes (l'*endometritis glandularis hyperplastica* et l'*erosio colli*), productions qui ne sont peut-être que la manifestation primaire d'un néoplasme malin, je crois pourtant que nous ne tomberons pas dans l'erreur si, au point de vue clinique, nous discutons ces affections dites « bénignes » et si nous avons moins de confiance qu'on en a dans leur bénignité.

On pourrait m'objecter que les érosions surviennent bien souvent, tandis que le cancer de l'utérus est relativement peu fréquent. Mais une pareille objection, soutenable il y a dix ans, paraît aujourd'hui peu fondée après les travaux des auteurs allemands (Fischel, Heitzmann. Ruge et autres) et américains (Emmet, P. Mundé, etc.). D'une part, de tout ce qui était diagnostiqué autrefois, pour ainsi dire d'emblée, comme « érosions », on a isolé une série d'affections diverses, en particulier des éversions de la muqueuse utérine (ectropion) ; d'autre part, des cas, que l'imperfection de nos moyens de recherches ne nous permettait pas de reconnaître comme des affections malignes au début, sont aujourd'hui bien déterminés et l'on diagnostique l'existence du cancer plus fréquemment qu'autrefois.

Enfin, comme l'a montré *Spencer Wells* (1), en s'appuyant sur des données statistiques, le chiffre des maladies cancéreuses s'est sensiblement augmenté. D'après cet auteur, de nos jours, la mortalité causée par le cancer devient plus considérable que ne l'est l'accroissement de la population (*l. c.*, p. 3194).

---

(1) SPENCER WELLS. Ueber Krebs und carcinomatöse Krankheiten. *Volkmann's Sammlung Klinische Vorträge*, 887, 1889.

III. — **Pronostic.**

Le pronostic est lié à la rapidité du diagnostic du cancer au début car on ne peut espérer sauver l'organisme par une intervention opératoire qu'en prenant l'affection à ses premières périodes. Je ne doute point que *dans l'avenir le pronostic favorable soit garanti non pas par la recherche de moyens dits « spécifiques » (qui n'existent point en général), mais exclusivement grâce à l'étude plus détaillée et à l'appréciation plus exacte de ces modifications de l'appareil sexuel qui paraissent « inoffensives » et qui se transforment si fréquemment en productions malignes.* En d'autres termes, nous devrons apprécier par une étude approfondie des affections dites bénignes, le degré de leur intensité et de leur développement et rechercher si elles s'opposent au traitement et n'ont point de tendance à se transformer.

Lors de marche progressive il est absolument indiqué d'intervenir énergiquement et immédiatement. Plus tôt sera reconnue la nature vraie de l'affection, plus le pronostic sera favorable lors de l'intervention thérapeutique et plus aussi cette intervention aura un caractère conservateur, moins elle présentera de gravité.

Quant à la guérison incontestablement radicale du cancer par telle ou telle autre voie radicale, je renverrai les lecteurs au commencement de cet article où sont cités des faits éloquents à cet égard, afin de ne pas dépasser les limites de mon programme. Ici, j'aborderai exclusivement le pronostic des cas où l'on a pratiqué l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale. Il est évident, que les résultats obtenus dans ces dernières années doivent être regardés comme brillants alors même que la mortalité est de 20-15 %. Quelques auteurs du reste ont obtenu des résultats encore plus beaux (1). Ainsi :

---

1) *Archiv. f. Gynæcol.* Bd XXX. Hft s. 4:2.

Olshausen (1)	De 152	opér.	sont	mortes 26,	ce qui	donne	17,8 0/0	de mortal.
Martin (2)	134	»	»	» 22	»	»	16,4 0/0	»
Schrœder-Hofmeier	74	»	»	» 12	»	»	12,0 0/0	»
H. Fritsch	60	»	»	» 7	»	»	11,7 0/0	»
Alex. Lebedeff (3)	12	»	»	» 1	»	»	8,8 0/0	»
Leopold	48	»	»	» 3	»	»	6,3 0/0	»
Enfin nous-même : (*Ott*) (4)	30	»	»	» 0	»	»	0,0 0/0	»

Ces chiffres concernant l'issue de l'opération sont assez éloquents pour se passer de commentaires. Il est indiscutable que les perfectionnements ultérieurs de la technique de ce procédé opératoire relativement récent, nous donneront des résultats encore plus brillants, et par ce fait, nous conduiront à la possibilité d'étendre les indications de son application.

Il est incomparablement plus difficile d'établir ici le pronostic par rapport aux récidives, quoiqu'il soit assez probable que dans un avenir assez proche, nous pourrons obtenir à ce point de vue des résultats plus encourageants que nous n'en avons eus jusqu'ici. On a bien des raisons de supposer que les données concernant le moment de l'apparition des récidives déjà observées et publiées dans la littérature contemporaine sont beaucoup moins favorables que celles que l'on pourrait obtenir. Ce fait est dû aux circonstances suivantes :

1° L'opération, surtout au commencement de son introduc-

(1) SPENCER WELLS. Weber Krebs und carcinomatöse Krankheiten. *Volkmann's Sammlung Klinischer Vortr.*, 337, 1889, s. 3223.

(2) *Archiv. f. Gynæk.* l. c. Seulement dans 66 cas il y avait cancer utérin.

(3) PETROFF. Thèse inaugurale (en russe).

(4) Cet article était déjà écrit, quand on m'a informé, qu'une de mes malades (Marine Steponoff, obs. IV) pendant son trajet de St-Pétersbourg à Fruer avait succombé subitement en wagon. Comme cette malade était atteinte de phlébite la cause la plus probable de la mort fut sans doute une embolie, qu'on peut attribuer à l'influence du voyage entrepris par notre malade malgré nos exhortations. Même dans ce cas, si l'on veut attribuer l'issue mortelle à notre intervention opératoire, nous ne compterions sur nos 30 cas, qu'un cas mortel, ce qui porterait le pourcentage de la mortalité à 3 1/3 0/0.

tion dans la pratique, donnant une mortalité plus grande, n'était guère appliquée que comme *ultimum refugium*, ordinairement trop tard (cas XI);

2° Aujourd'hui, sans compter quelques perfectionnements du diagnostic, grâce à la quantité immense d'observations, nous pouvons intervenir dans certains cas considérés autrefois comme bénins;

3° L'extirpation totale de l'utérus a des indications de plus en plus nettes et les cas où cette opération est indiquée peuvent être choisis avec plus de compétence.

Les cas que nous avons rapportés, confirment ces idées. Bien que le délai écoulé après l'opération (il n'y a que 3 ans et demi d'écoulés depuis la première) soit relativement court et ne puisse nous permettre de poser des conclusions définitives, néanmoins il faut dire que dans le petit nombre de cas, où l'affection fut attaquée dès sa période initiale, jamais jusqu'à présent nous n'avons observé de récidive.

Quant aux cas où la récidive a eu lieu, il faut bien se rendre compte des conditions dans lesquelles l'opération a été pratiquée. Ici, il faut mettre de côté les cas où l'opération de l'extirpation totale de l'utérus n'a été appliquée que comme *ultimum refugium;* on pouvait alors regarder déjà *à priori* le pronostic comme douteux. Dans cette série de cas, bien que la section eût été pratiquée dans des tissus encore sains en apparence, on ne pouvait, par suite du voisinage de la production morbide, affirmer l'absence d'une infiltration cancéreuse inaccessible à d'autres moyens d'investigation que le microscope. Nous pouvons encore rapprocher de ces cas, ceux où des modifications dans les tissus péri-utérins restaient douteuses quant à leur nature. Sous ce rapport, des difficultés particulières au point de vue du diagnostic peuvent dériver de l'état inflammatoire de l'appareil ligamenteux, par exemple des ligaments sacro-utérins, surtout dans les cas où les données anamnestiques indiquent l'existence d'une affection puerpérale quelconque.

Lors de doutes nous n'avons pas le droit de refuser aux

malades notre intervention opératoire et de les priver d'une chance ultime de guérison. Nos cas II, VII et IX appartiennent notamment à cette catégorie. Il est évident cependant, que des cas de ce genre, où la récidive est plus ou moins probable, ne peuvent aucunement figurer comme des faits parlant *contre* l'application de la méthode même de la cure radicale du cancer utérin. Cette cure, cette guérison complète n'étant obtenue que par suite de l'extirpation totale de l'organe, il n'y a point de raisons de douter de son utilité. Aussi, dirai-je, que *nier de nos jours les avantages de l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale est une erreur, un préjugé n'ayant point de bases scientifiques.*

Pour me faire une idée plus juste sur le sort ultime des opérées en ce qui concerne les récidives, je résume ici tous mes cas sous forme de tableau ; dans la première catégorie entrent ceux dans lesquels on ne pouvait supposer avec beaucoup de probabilité, avant l'opération, l'apparition de récidives. Dans le second groupe entrent les cas, formant une série plus grande que celle qui précède, où l'opération fut entreprise, par suite de motifs dépendant des malades elles-mêmes, plus tardivement qu'elle n'aurait dû être faite, et où l'affection paraissait encore apparemment bien localisée, les parties ambiantes de l'utérus étant normales. Ici l'existence de l'affection avait été constatée par les malades elles-mêmes depuis longtemps. Aussi dans cette deuxième catégorie de cas, le pronostic *quoad valetudinem completam*, fut-il *à priori* beaucoup moins favorable que dans la première.

PREMIÈRE CATÉGORIE DE CAS

Cas n° 1, depuis le jour de l'opération, 16 novembre 1885, pas de récidive jusqu'en janvier 1889, 3 ans et 2 mois.

— 5, depuis le 28 novembre 1886 une récidive, janvier 1888, après 1 an, 1 mois.

— 6 depuis le 27 mars 1887, pas de récidive jusqu'en 1889 (avril), 2 ans, 1 mois.

Cas n° 10 depuis le 1er avril 1888, pas de récidive jusqu'en 1889, 1 an.

— 12 depuis le 17 mai 1888, pas de récidive juin 1888, 1 an, 1 mois.

— 27 depuis le 15 avril 1888, pas de récidive jusqu'en avril 1889, 1 an.

— 28, depuis le 2 mai 1888, pas de récidive jusqu'en mai 1889, 1 an.

— 29, depuis le 5 mai 1888 pas de récidive jusqu'en mai 1889, 1 an.

SECONDE CATÉGORIE DE CAS

Cas n°	2,	depuis l'opération	4 mars 1886	récidive	après	11 mois
—	3	— —	28 — 1886	—	—	10 mois
—	4	— —	10 oct. 1886	—	—	3 mois
—	7	— —	9 mars 1887	—	—	2 mois
—	9	— —	18 nov. 1887	—	—	9 mois
—	11	— —	7 mai 1888	—	—	3 mois
—	13	— —	23 sept. 1888	—	—	1 mois
—	20	— —	26 janv. 1886	—	—	5 mois
—	21	— —	8 mai 1888	—	—	1 mois

Total 15 cas.

Dans les 13 autres cas le sort des malades resta incertain. Quelques-unes ne sont pas rangées dans le tableau ci-joint, le temps écoulé depuis l'opération étant encore trop court.

Si ce tableau, vu le temps trop court pendant lequel les malades ont été observées, ne peut servir à tirer des conclusions absolument définitives, cependant en le prenant comme base il est permis de dire avec un certain degré de probabilité, que l'extirpation totale de l'utérus pratiquée dès le début de l'affection cancéreuse, nous donne la possibilité d'obtenir des résultats beaucoup meilleurs que ceux que l'on constatait avant l'introduction dans la pratique de ce procédé opératoire. On ne peut douter non plus, que, même dans les cas où la récidive survient, aucun des moyens usités n'amène

un bien-être temporaire aussi parfait que l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale. En nous basant sur nos observations nous devons noter, que la période post-opératoire est supportée par les malades beaucoup plus aisément après cette opération, que par exemple après la laparotomie, et que l'état général des malades ne laisse rien à désirer.

IV. — **Traitement opératoire.**

Les données anatomo-pathologiques, que nous avons rappelées, déterminent déjà en partie le plan de la thérapeutique appropriée au traitement des affections utérines susceptibles de se transformer en tumeurs malignes. Il est probable que dans un avenir rapproché, grâce à une étude plus approfondie de la nature de l'affection en question, notre thérapeutique pourra combattre radicalement le néoplasme malin dès le début de son développement par des moyens incomparablement moins dangereux et correspondant mieux aux principes conservateurs de la médecine que la résection partielle et surtout l'extirpation totale de l'organe sexuel.

Cette partie très importante du traitement du cancer utérin, n'étant pas essentiellement liée avec le plan de cet article, je passerai à l'analyse du côté extérieur de l'opération y compris : la préparation de la malade à l'opération et l'exécution du procédé opératoire d'extirpation de l'utérus par la voie vaginale.

Pour préparer la malade on a soin quelques jours d'avance de la purger le mieux possible à l'aide de purgatifs et de lavements. On ordonne, en outre, des injections 2 ou 3 fois par jour avec des solutions de sublimé (1 : 2000). La veille de l'opération on prescrit un bain général. Le nombre des aides participant à l'opération doit être le plus limité possible : Un assistant, qui est chargé de chloroformiser (vu que la douleur n'est pas très intense et la durée de l'opération très longue, je m'efforce de ne jamais pousser la narcose trop profondément, j'y joins l'injection sous-cutanée de cocaïne) ; deux autres aides

soutiennent les jambes de la malade fléchies sur l'abdomen. Un de ces aides, se trouvant à gauche de l'opérateur est chargé d'abaisser le périnée à l'aide du spéculum court de Fritsch, tandis que l'autre pratique l'irrigation continue avec la solution de sublimé (1 : 2000) jusqu'au moment de l'ouverture de la cavité abdominale. La position de la malade, couchée sur le dos avec le bassin soulevé et les jambes appuyées contre l'abdomen, comme pour la taille, est assurée par un appareil spécial, inventé dans ce but par moi-même, qu'on peut nommer le *fixateur de jambes* (1).

Tous les instruments et aiguilles (il est désirable que ces dernières soient enfilées de fils de soie avant l'opération) sont pris directement par moi dans un bassin plat, rempli d'une solution d'acide phénique au dixième, et posé sur un tabouret à ma droite. Ce bassin ne contient que les instruments les plus nécessaires et les plus importants. Avant d'opérer, on rase les poils partout où ils peuvent gêner en tombant sur la région opérée ; les parties du corps se trouvant à proximité des organes génitaux extérieurs doivent être bien savonnées à l'aide d'une brosse et lavées avec le savon de Geiss. Le même savon sert à laver soigneusement, en introduisant deux doigts, le canal vaginal, l'arrosant constamment et en abondance avec la solution de sublimé. Ce procédé de désinfection, suivant les travaux récents (Iteven, Döderlein et autres) paraît excellent.

La méthode que j'applique pour l'extirpation totale de l'utérus n'est pas une copie exacte des méthodes déjà mises en usage. Prenant quelque chose à chacun des procédés employés par les divers chirurgiens j'ai donné à ma méthode la marche systématique suivante :

(1) La description de ce fixateur est publiée dans la *Centralblatt für Gynaecologie*, 1886, n° 31. Dernièrement j'y ai ajouté, cependant, une modification qui rend mon instrument plus commode. Les parties de l'instrument qui embrassent les jambes sont maintenant plus larges et sont fixées un peu en travers : grâce à cette modification la malade ne peut gêner l'opérateur en rapprochant ses talons et elle est forcée de tenir ses jambes écartées.

Je commence l'opération en raclant à l'aide d'une curette tranchante aussi profondément que possible la partie de la tumeur accessible à l'action de cette curette. Je le fais en me guidant sur les raisons suivantes :

1° On ne peut juger de l'étendue de propagation du processus morbide, *avant* d'appliquer ce procédé; autrement nous sommes incapables de déterminer si l'opération d'extirpation totale de l'utérus est applicable au cas en question.

2° Un raclage soigneusement appliqué, combiné avec la cautérisation à l'aide du thermo-cautère de Paquelin nous préserve au moment de l'opération d'une perte du sang souvent très considérable.

2° Ce qui est le plus important c'est que, après avoir enlevé les parties gangreneuses et putréfiées de la tumeur, nous avons plus de chances de rendre l'opération absolument aseptique. Cette opinion assez répandue, qu'il ne faut point toucher le foyer cancéreux avec les instruments tranchants *avant* l'opération, mais l'*écarter immédiatement par l'incision de tissus sains*, opinion basée sur le fait qu'on peut rompre l'intégrité de voies lymphatiques jusqu'alors fermées, se fonde sur des considérations purement théoriques et n'est pas encore justifiée cliniquement. Si nous l'admettions nous devrions renoncer aux avantages que nous offre le raclage préalable de la tumeur.

Exposant bien complètement la région opératoire préalablement curée, comme on vient de le voir, j'abaisse l'utérus à l'aide de pinces de Museux ; et, après avoir établi les rapports de cet organe avec la vessie, en introduisant une sonde dans celle-ci, je fais au bistouri une incision circulaire autour du col, traçant ainsi la limite entre les parties malades et les parties saines.

Après avoir fait l'hémostase, je commence le décollement de la vessie. La sonde, qui y est restée, indique sa situation exacte et le bistouri avance progressivement dirigé plutôt vers l'utérus que vers la vessie, jusqu'au moment où il

arrive dans la couche celluleuse qui la sépare de l'utérus ; il devient alors inutile et l'on peut, soit avec le manche du bistouri, soit simplement avec le doigt, mobiliser la vessie en déchirant jusqu'au péritoine la couche celluleuse intermédiaire. Je m'arrête alors et me porte en arrière du col dans la partie postérieure de mon incision circulaire, pour décoller l'utérus de ses adhérences avec le cul-de-sac vaginal postérieur ; ces adhérences sont le plus souvent lâches et se décollent avec facilité.

Ayant ainsi procédé, on peut facilement placer des ligatures hémostatiques sur la partie inférieure des ligaments larges. Pinçant entre deux doigts la base d'un de ceux ci on l'attire et l'on place sur elle, à l'aide d'une aiguille, une ligature ; après l'avoir nouée, on coupe la partie liée entre le fil et l'utérus et l'on pose une nouvelle ligature au-dessus en utilisant encore pour cela l'acupuncture ; on avance ainsi progressivement vers la profondeur et l'on peut facilement, toutes les fois que les ligaments sont normaux, séparer l'utérus au moins jusqu'au milieu de la hauteur des ligaments larges sans ouvrir la cavité péritonéale. L'avantage de cette méthode est, on le voit, de n'ouvrir que très tardivement la cavité péritonéale et de diminuer ainsi les chances d'infection. Au cours de ces manœuvres, il arrive souvent un moment où l'on déchire le péritoine, on agrandit alors largement l'ouverture et l'on n'a plus la moindre difficulté à lier la partie supérieure du ligament large et les trompes.

La soie, qu'on emploie, doit avoir une épaisseur considérable, car il faut serrer les ligatures très fortement de manière à prévenir les hémorrhagies ultérieures. Quelques auteurs ont proposé de placer encore des ligatures contre l'utérus, de manière à faire la section des ligaments larges entre deux séries de ligatures ; c'est une pratique qui me semble superflue et qui ne fait qu'allonger inutilement l'opération, il est en effet très rare de voir une hémorrhagie se produire par les vaisseaux attenant à l'utérus. Au reste, dans

le cas où le fait se produirait on en serait quitte pour placer une ligature supplémentaire.

Pour être plus sûrement à l'abri des hémorrhagies il est utile d'appliquer des ligatures sur les gros vaisseaux isolés. La question de l'hémostase systématique et complète au moment de l'extirpation des différentes parties, est capitale. Cette opération doit être faite autant que possible sans perte de sang. Pour arriver à ce résultat on doit avoir recours à l'acupuncture systématiquement conduite de tous les points où peut se produire une hémorrhagie. Il ne faut pas seulement songer aux ligaments larges, mais aussi à la voûte postérieure du vagin qui saigne assez souvent. Le moyen le plus simple d'arrêter les hémorrhagies, qui se produisent en cet endroit, consiste à placer 3 ou 4 fils que l'on passe avec une aiguille courbe de manière que la convexité de l'anse soit vers le péritoine ; les chefs ramenés dans le vagin sont noués ensemble et serrés solidement.

Dans les cas où l'abaissement de l'utérus est difficile par suite d'altération du tissu cellulaire, il y a avantage à serrer tout d'abord dans des ligatures l'origine des ligaments larges ; cela permet pour la suite de l'opération une mobilité plus grande de l'organe.

Après avoir extirpé l'utérus, on doit étancher la surface de section à l'aide de tampons d'ouate, imbibés dans une solution de sublimé et ensuite exprimés. Puis on doit s'assurer que l'écoulement sanguin est complètement arrêté. Les ligatures appliquées sur les ligaments larges, à leur partie supérieure près des ovaires, doivent être coupées très court, on les abandonne dans la cavité abdominale, comme dans l'ovariotomie, tandis que les autres ligatures plus longues auront leurs chefs pendant dans le vagin. Toute la région jusqu'à la cavité abdominale sera saupoudrée d'iodoforme et tamponnée avec de la gaze iodoformée.

Depuis le moment de l'extirpation de l'utérus, jusqu'au moment, où l'ouverture péritonéale produite par l'opération

sera isolée par le tamponnement vaginal, il est très important de veiller à ce que la narcose soit complète, afin d'éviter le prolapsus d'intestin. Grâce à l'accomplissement de cette condition, grâce aussi à la position de la malade dont le bassin est surélevé, dans aucun de mes cas je n'ai observé le prolapsus des anses intestinales. De sorte que je n'ai jamais eu besoin d'introduire dans la cavité abdominale une éponge dans le but de fixer les intestins.

Le procédé d'hystérectomie, que je viens de décrire, est extrêmement facile et s'il n'existe pas de complications, l'opération peut être achevée en une demi-heure.

Bien que les résultats des opérations exécutées par le procédé, que je me permets de recommander à mes collègues, soient parfaitement satisfaisants, je ne me crois pas le droit, en parlant d'une méthode récente, susceptible de perfectionnements ultérieurs dans ses détails, de ne pas indiquer les raisons qui m'ont conduit à agir de la sorte; cela me paraît d'autant plus nécessaire, que l'amélioration immédiate de mes opérées ne suffit pas pour trancher définitivement la question du procédé opératoire.

Il y a tout d'abord un premier point à résoudre : Faut-il, en extirpant l'utérus extirper aussi ses annexes, les trompes et les ovaires ? Cette question pour le moment est loin d'être résolue définitivement.

La plupart des auteurs russes (Grammatikati) et étrangers admettent qu'en extirpant l'utérus il est nécessaire d'extirper aussi les ovaires. Trouvant cette manière d'agir peu raisonnable, nous croyons, que pour résoudre la question il faut discuter les deux faits suivants :

1° Est-il nécessaire pour obtenir plus sûrement la guérison de la malade et pour la débarrasser de l'affection qui l'a conduite à l'opération d'extirper aussi les ovaires et les trompes ?

2° Laissant de côté la question de la cure radicale, est-il cependant désirable d'extirper ces annexes, vu la possibilité de l'apparition de symptômes morbides dans l'économie, dus

exclusivement à l'abandon de ces organes sains après l'extirpation de l'utérus affecté ?

Si nous trouvons dans l'affection du col utérin l'indication de l'extirpation de l'organe entier, ne faut-il pas admettre le même principe par rapport aux trompes de Fallope, qui forment pour ainsi dire les cornes de l'utérus et qui sont génétiquement liées avec lui?

Bien qu'il soit impossible de réfuter ce fait, il faut dire cependant, que dans la grande majorité des cas nous avons raison de ne pas extirper les trompes, car grâce aux particularités de structure de la trompe, nous pouvons par la palpation déterminer presque à coup sûr si cet organe est affecté ainsi que l'utérus où s'il se trouve dans l'état normal. Je puis ajouter encore, que je ne connais pas un seul cas publié où les trompes aient été affectées de cancer dès le début de cette affection dans l'utérus,

Après avoir pesé tous les arguments donnés en faveur de la seconde question : faut-il extirper avec l'utérus affecté les ovaires sains ? je rejette absolument cette proposition et je ne regarde comme indiquée que l'extirpation des ovaires incontestablement affectés. En extirpant les ovaires reconnus sains, nous agissons contrairement au principe de la chirurgie conservatrice, nous privons la femme malade d'un organe non affecté, ce qui ne peut pas être indifférent pour l'économie d'autant plus que par l'extirpation des ovaires la femme perd, pour ainsi dire, une de ses propriétés la plus caractéristique, celle qui constitue sa distinction sexuelle.

Nous ne connaissons que trop peu les fonctions des ovaires et l'influence sur toute l'économie, qui est due à la maturation et à la destruction des vésicules de Graaf. De même nous sommes trop ignorants des modifications qui accompagnent la période menstruelle pour avoir le droit d'entreprendre l'extirpation d'un organe complètement sain, en nous basant sur des données incertaines et sur des phénomènes cliniques mal déterminés. Nos connaissances sur les rapports qui existent entre l'ovulation et la menstruation sont aussi

presque primitives ; de sorte que, dans leur application pratique, les théories en faveur donnent souvent lieu à des contradictions frappantes. Il suffit de citer par exemple l'apparition régulière de menstruations pendant la grossesse, ou bien leur absence complète durant toute la période de la procréation, pour confirmer notre opinion. Aux communications isolées des auteurs, qui s'en rapportent sur la périodicité de symptômes qu'ils considèrent comme *molimina menstrualia* dans les cas, où les ovaires n'ont pas été extirpés avec de l'utérus, nous pouvons opposer hardiment des observations analogues de femmes chez lesquelles les ovaires furent extirpés avec l'utérus, et les observations de castrations faites dans le but d'amener une ménopause précoce. Nous fondant sur ce fait que des tableaux cliniques analogues s'observent souvent en présence de modifications inflammatoires au voisinage des ovaires (péri-ovarite), nous pensons qu'il est possible que les symptômes cités par les auteurs peuvent dépendre des reliquats inflammatoires, entourant les organes abandonnés après l'opération, c'est-à-dire les ovaires, et que ces symptômes sont dus en partie à des modifications consécutives dans le parenchyme de l'ovaire lui-même. Aussi plutôt que d'extirper des ovaires, la nécessité de cette extirpation ne paraissant nullement établie, vaudrait-il peut être mieux chercher à trouver le moyen à l'aide duquel les ovaires abandonnés dans l'économie, se trouveront dans des conditions, autant que possible, normales.

La réaction étant due à l'inflammation de l'organisme qui survient nécessairement au voisinage des ovaires, il faudrait réduire au *minimum* possible, ces phénomènes inflammatoires. Il est dès lors peu probable que la méthode communément employée, qui consiste à conduire les ligatures, serrant le ligament ovarien avec les autres dans le vagin, soit bonne, parce qu'on abaisse ainsi les ovaires qui se fixent ultérieurement dans une position anormale. Voilà pourquoi je suis porté à croire, que la méthode que j'ai adoptée est

plus rationnelle ; je ne conduis pas dans le vagin les ligatures appliquées sur la trompe, sur le ligament de l'ovaire et sur la partie supérieure mince du ligament large, mais je les coupe court, de sorte qu'au moment de la rétraction consécutive du ligament infundibulo-pelvien, les ovaires remontent dans la cavité du petit bassin et peuvent reprendre leur situation normale. On évite ainsi complètement leur fixation dans la cicatrice, fixation inévitable après l'emploi de l'ancienne méthode. Pas une de mes malades, dans les cas où les ovaires furent reconnus normaux et ne furent pas extirpés, ne s'est plainte d'aucun symptôme douloureux. Il faut noter ici que la majorité des malades que j'ai opérées continuaient leur vie sexuelle après l'opération ; elles m'ont dit qu'elles n'observaient sous ce rapport aucun changement.

Passant aux autres détails de l'hystérectomie vaginale nous discuterons ici les modifications apportées au mode d'hémostase employé. Une de ces modifications mérite notre attention, c'est celle apportée par l'école française, qui consiste à employer la forcipressure à demeure sans avoir recours aux ligatures (Richelot). Ce procédé, très simple au point de vue pratique diminue considérablement la durée de l'opération ; à peine cependant pourrait-il nous garantir contre une hémorrhagie consécutive et remplacer la ligature de soie plus sûre et dont l'efficacité est parfaitement établie. L'importance de ce procédé est relative ; il ne nous semble indiqué que dans les cas, où l'utérus est peu mobile, où chaque acupuncture détermine une hémorrhagie au point de ponction, etc., et aussi dans ceux où l'on peut compter, que les tissus au moment de leur rétraction ne s'échapperont pas de ces pinces, amenant une hémorrhagie consécutive dangereuse. Quant aux divers procédés de ligature des ligaments larges, les modifications proposées ne présentent pas de différence essentielle. Vu la richesse vasculaire de la région où l'on opère, il faut diviser les parties en plusieurs segments qu'on liera séparément. Il est en outre très important de serrer solidement les ligatures afin qu'elles ne puissent

glisser et qu'on soit sûr de ne pas avoir d'hémorrhagie consécutive. La soie forte, assez épaisse et bien désinfectée, nous paraît parfaitement satisfaire aux conditions indiquées.

Une autre question d'une importance considérable est la suivante : Comment faut-il agir, après l'extirpation de l'utérus, par rapport à la surface de section ainsi que par rapport à l'ouverture abdominale qui se produit inévitablement après l'enlèvement de la matrice, et qui fait communiquer la cavité péritonéale et le vagin? Il est indubitable que la manière d'agir la plus idéale, pour ainsi dire, dans ce cas, serait d'amener les bords de la plaie au contact intime, de manière à obtenir une réunion par première intention. Malheureusement par suite de difficultés techniques, de la grande durée de l'opération, et en partie aussi par suite de conditions topographiques, cette réunion ne peut être convenablement obtenue en pratique, aussi la plupart des auteurs se refusent-ils, au moins aujourd'hui, à coudre soigneusement l'ouverture faite à la cavité abdominale et se bornent-ils à y appliquer 3 ou 4 sutures, pour amener les bords du péritoine à un contact au moins partiel ; quelquefois ils n'appliquent même pas de sutures, se contentant de tamponner directement l'ouverture à l'aide de gaze iodoformée et d'introduire un tampon dans le vagin.

En présence du développement moderne du procédé technique de l'extirpation cette manière d'agir donne les résultats les plus satisfaisants. C'est ce procédé que j'ai appliqué dans tous les cas que j'ai opérés. En introduisant le tampon mou j'attache une grande importance à ce qu'il ne soit introduit que *jusqu'au voisinage de l'ouverture abdominale*; j'évite autant que possible de le faire entrer dans cette cavité, de manière à ne pas séparer les feuillets opposants du péritoine. leur agglutination pouvant empêcher la communication de la cavité abdominale avec le vagin, ce qui peut avoir une influence essentielle sur l'issue de l'opération. Si le tampon était poussé dans la cavité abdominale, il empêcherait l'adhésion du péritoine pariétal, et par suite de l'irritation

des intestins, il pourrait amener leur fixation partielle au voisinage de la cicatrice ; d'où une série de phénomènes fâcheux.

Aussi ai-je l'habitude pendant l'opération, d'éviter d'introduire, même temporairement, dans la cavité abdominale, soit un tampon, soit une éponge, destinés à empêcher le prolapsus intestinal, suivant la pratique de la plupart des médecins. Ayant opéré toutes mes malades sans avoir recours à cette manœuvre, je n'ai jamais eu à le regretter, puisque dans aucun cas je n'ai eu de prolapsus intestinal.

La principale destination du tampon introduit après l'opération est de servir de drainage pour les parties de la plaie, qui ne se guérissent que par seconde intention. C'est ce qui arrive ordinairement, car s'il est possible à l'aide de quelques sutures, placées d'avant en arrière, d'établir un contact complet de parties moyennes de la plaie, obtenant à ce niveau une réunion par première intention sur les parties latérales, il est presque impossible d'obtenir ce résultat.

Quant à l'antisepsie pendant l'opération et durant la période post-opératoire, la manière d'agir indiquée ici, combinée avec la marche systématique de tous les procédés, paraît des plus satisfaisantes. Dans tous mes cas, je n'ai observé qu'une seule fois (cas XV), des phénomènes septiques.

Chez toutes les autres malades, il y a eu absence complète de phénomènes réactionnels après l'opération. Le bien-être parfait de nos malades, même immédiatement après l'opération, est un argument de plus en faveur de notre manière d'agir.

Dans toute une série de cas, après l'enlèvement du tampon de gaze iodoformée du vagin, ordinairement 12 à 15 jours après l'opération, nous n'avons pu constater ni sur la surface de la blessure, ni sur les tampons mêmes les moindres traces de suppuration. La réunion par seconde intention s'était produite sans suppuration ce qui atteste incontestablement la marche aseptique de la plaie.

Dans un nombre très limité de cas on a parfois observé la

présence de pus et de détritus sans réaction générale du côté de l'organisme.

SUITES OPÉRATOIRES. — Dans tous nos cas (XV et XVI exceptés), cette période fut complètement satisfaisante. Les vomissements après l'opération, furent en général moins abondants que cela a lieu après la laparotomie. Les malades ne se sont jamais plaintes de douleurs. Seulement la pression exercée sur la partie inférieure de l'abdomen déterminait parfois des douleurs pendant les premiers jours après l'opération. Immédiatement après l'opération on mettait autour des malades des bassinoires, qui restaient 2 à 3 heures afin que la malade fût réchauffée. Après la cessation des vomissements on prescrivait aux malades des aliments liquides et tout le traitement ultérieur se réduisait à une simple expectation. Pendant les 2 à 4 premiers jours, alors que la malade ne pouvait uriner elle-même on pratiquait le cathétérisme 3 à 4 fois pendant la journée. Les premières garde-robes n'avaient lieu en général, que le 6e ou le 7e jour. Lorsque ce délai s'était écoulé et qu'il n'y avait pas eu de selles, on administrait à la malade une purgation légère.

Après 12-15-20 jours (selon le cas) on enlevait tous les tampons (1) et toutes les sutures. Si les granulations de la plaie donnaient à ce moment lieu à un suintement sanguin un tampon de gaze iodoformée était réintroduit de nouveau pour un jour. Le tampon enlevé on faisait des injections au sublimé 1 ou 2 fois par jour. Au bout de 2 semaines la malade se levait et une semaine après on lui permettait de quitter la clinique.

L'examen, que j'ai fait à des époques variables des malades qui revenaient après l'opération, me permet de dire qu'à l'exception de celles qui avaient une récidive, toutes se trouvaient dans un état de bien-être parfait. Dans un seul cas

(1) Outre le tampon principal montant au voisinage de la cavité abdominale, dans la partie inférieure du vagin, on introduit 1-2 tampons plus petits de gaze qui doivent empêcher la souillure du tampon plus profond pendant la miction. Ces tampons peuvent être changés suivant les besoins.

(obs. I) en examinant la malade quelques mois après l'opération nous pûmes constater l'augmentation, l'immobilité et la sensibilité douloureuse de l'ovaire droit. Cette anomalie résultait de ce fait, que les ligatures appliquées sur le ligament de l'ovaire et sur la trompe avaient été conduites avec les autres dans le vagin. Cette particularité avait suffi pour amener la fixation des ovaires au voisinage de la plaie et pour déterminer les modifications pathologiques que nous avons pu constater lors de notre examen. Le susdit état anormal de l'ovaire ne causait cependant pas de symptômes douloureux trop prononcés et ne gênait que modérément la malade. Cette malade après l'opération continuait d'avoir des relations sexuelles régulières.

Résumant nos cas et les communications des autres auteurs, nous devons reconnaître incontestablement que l'extirpation totale de l'utérus cancéreux par la voie vaginale doit être rangée parmi les acquisitions précieuses de notre thérapeutique. Au point de vue de l'amélioration immédiate des malades après l'opération, on peut rapprocher les résultats obtenus à la suite de l'application du procédé en question de ceux obtenus dans d'autres grandes opérations d'extirpation de tel ou tel autre organe intra-abdominal. Mais on peut dire dès à présent que les résultats de l'hystérectomie vaginale, dépasseront de beaucoup ceux obtenus à la suite d'autres opérations abdominales. Le caractère réglé de notre opération et la possibilité de prévoir les complications plus que dans les laparotomies, les progrès rapides de ce procédé en un court espace de temps, constituent la meilleure preuve de ce que nous avançons.

De même au point de vue de la guérison prompte et radicale du cancer les résultats ont bien dépassé ceux d'autrefois, quoique l'on puisse encore demander plus, en présence d'une maladie aussi destructrice que le cancer utérin. Les conditions déterminant le succès sont du reste très nettement établies par la médecine moderne, et ici, comme dans d'autres affections, le diagnostic du début de cancer doit

nous servir comme base la plus importante pour combattre avec succès cette dangereuse affection.

Notre force thérapeutique est basée essentiellement sur la précocité du diagnostic.

REVUE GÉNÉRALE

DES HÉMORRHAGIES DE L'OVAIRE

Par le Dr **F. Rollin**, ancien interne des hôpitaux.

L'ovaire est le siège fréquent d'hémorrhagies. Les faits anciens trop oubliés suffiraient déjà à prouver cette affirmation, si les observations récentes, en se multipliant rapidement depuis quelques années, ne venaient l'établir d'une façon définitive. Malheureusement, les observations, aussi bien récentes qu'anciennes, sauf quelques rares exceptions, manquent de détails précis, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique, ce qui provient sans nul doute de ce que l'attention n'a pas encore été suffisamment attirée sur cette question.

Dans un récent travail (1), inspiré par notre maître, M. F. Terrier, nous nous sommes efforcé de donner, en nous appuyant sur les observations publiées en France et à l'étranger, une description méthodique de ces hémorrhagies si variées, si disparates, aussi bien au point de vue anatomo-pathologique qu'à celui de leurs conséquences morbides.

Et tout d'abord une classification rigoureuse basée uniquement sur les faits recueillis, et non point sur des vues théoriques, est avant tout nécessaire.

L'hémorrhagie peut se faire, soit dans le parenchyme même de l'ovaire, soit dans les vésicules de de Graaf, d'où

(1) Th. inaug. Steinheil, Paris, 1889.

une première division fondamentale en *hémorrhagies parenchymateuses ou interstitielles* et en *hémorrhagies vésiculaires.*

Ces dernières, dont l'importance chirurgicale est considérable, se subdivisent elles-mêmes en plusieurs variétés, dont la majorité reconnaît, comme on pouvait le supposer *a priori*, une anomalie de la ponte.

A. — Anormalement (car l'hémorrhagie physiologique est vraiment insignifiante, ainsi qu'il résulte des travaux de Coste, Zwicki, Ch. Robin), et sous l'influence de causes que nous tenterons d'élucider plus loin, l'hémorrhagie de la vésicule arrivée à maturité, peut devenir excessive, au point de tuer rapidement en quelques heures, ou plus souvent après 2 ou 3 jours avec tous les accidents de la péritonite. Telle est l'*hémorrhagie extra-vésiculaire*, qui souvent aussi moins abondante, cause seulement l'hématocèle rétro-utérine.

B. — Dans d'autres cas, beaucoup moins connus, car les observations en sont rares et surtout bien incomplètes le plus souvent, la vésicule ne vient pas se rompre au dehors, et l'épanchement sanguin reste intra-folliculaire. C'est là l'*hémorrhagie intra-vésiculaire* qui forme une variété bien curieuse de kyste de l'ovaire.

C. — Enfin, et toujours par une déviation morbide du phénomène physiologique de la ponte, une légère hémorrhagie peut se produire dans la vésicule après sa rupture, et constituer ainsi une 3e variété : l'*hémorrhagie dans les corps jaunes.*

D. — Une 4e variété mérite encore d'être mentionnée, c'est l'*hémorrhagie dans les follicules hydropiques.*

E. — Une dernière enfin, non moins intéressante, constitue ce que nous appellerons les *hémorrhagies vésiculaires multiples* des maladies infectieuses, la multiplicité des vésicules atteintes étant la caractéristique de ces cas.

Quant aux *hémorrhagies interstitielles*, on les divise aussi en plusieurs formes, dont de légères extravasations sangui-

... le premier terme, tan-
... par une véritable trans-
... éminemment vasculaire,
... Nous ne pouvons admettre
... dissemblables relèvent d'une
... trait là les divers degrés
... sera plus à propos dans un

... — Les lésions anatomiques
... dans chacune des variétés
... admises.

... *ulaire.* — A l'autopsie d'une
... d'un follicule de de Graaf, on
... peu différentes suivant les cas.
... agie a été assez abondante par
... mort rapide, et on ne trouve ici,
... qu'un épanchement sanguin intra-
... tel est le cas de Scanzoni (1) qui, à
... de 18 ans, morte subitement pen-
... litres de sang dans le péritoine.
... ayant été moins rapide, on trouve
... sanguin et les lésions ordinaires de
... moins généralisée, mais toujours avec
... lésions du côté du petit bassin et sur-
... Tels sont les cas de Fordyce (2), de

... nettement la source de l'hémorrhagie, car
... ne présente ni ulcération, ni perfora-
... boursouflé, du volume d'un œuf de poule le
... et sa surface vascularisée, montre une rupture,
... un caillot rougeâtre, mais permettant de péné-

... ANZONI. *Traité pratique des malad. des org. sexuels des femmes*, p. 343
... et Socin. Paris.
... ORDYCE. ... 16 février 1889.
... OSLER ... *Hosp. reports*, t. I, 331, 1880.

trer dans une cavité uniloculaire, laquelle n'est autre que la vésicule de de Graaf dilatée par l'hémorrhagie.

Enfin, quand les malades succombent aux poussées successives de l'hématocèle à répétition, l'ovaire, confondu avec le foyer rétro-utérin, peut être réduit à quelques mamelons rougeâtres ou même rester introuvable. Il n'en a pas moins été la source primitive de l'hémorrhagie ; mais c'est là un fait suffisamment démontré aujourd'hui que l'origine ovarienne de l'hématocèle, pour que nous n'insistions pas davantage.

2° *Hémorrhagie intra-vésiculaire. — Hématome de l'ovaire.* — Ici, la vésicule ne se rompt pas, et l'hémorrhagie intra-folliculaire constitue un petit kyste sanguin, un hématome de l'ovaire. D'abord de faible volume, ces kystes, par un mécanisme que nous étudierons plus loin, s'accroissent et atteignent le volume d'un œuf (Cullingworth) (1), d'une orange (Terrier) (2), (Doléris et Petit) (3), même d'une tête d'adulte, comme dans l'observation remarquable de E. Bœckel (4). Intra-ovariques, ces kystes ont leur paroi formée par les parois épaissies et modifiées de la vésicule, doublée du tissu ovarique, distendu par suite de l'augmentation de volume du kyste et reconnaissable seulement en fin de compte au microscope, grâce à ses éléments propres (follicules, corps jaunes). Cette paroi, le plus souvent résistante est souvent décrite comme « fibreuse » (F. Terrier), « scléreuse et parcheminée » (Doléris).

Le contenu de ces kystes est toujours identique ; c'est du sang noirâtre, poisseux, ressemblant à du goudron. Ouverte, la cavité du kyste se montre plus ou moins irrégulière, tapissée souvent par places ou en totalité par un dépôt feuilleté de fibrine ; mais le caractère le plus important, c'est que la cavité n'est pas uniloculaire, mais

(1) Cullingworth. *British med. J.*, 1886, p. 193.
(2) Terrier. In Th. Rollin. Paris, Steinheil, 1889.
(3) Doléris et Petit. *Soc. anatom.*, fév. 1888.
(4) E. Bœckel. *Gaz. méd. Strasbourg*, 1861, p. 79.

offre des diverticules plus ou moins considérables, dont l'origine est prouvée dans quelques observations (E. Bœckel, F. Terrier). Ces diverticules représentent des follicules de de Graaf ouverts successivement dans le kyste qui grandit ainsi à chaque ponte par ces annexions répétées.

Ces kystes ont ainsi, en réalité, une tendance à un accroissement indéfini, qui n'a de limites que celles que leur imposent la ménopause, c'est-à-dire l'arrêt de la ponte intra-kystique, ou la résistance de leur paroi. Cette dernière considération est ce qui fait surtout l'intérêt ou mieux le danger spécial de cette lésion, qui s'observe presque toujours chez des femmes en pleine période d'activité génitale. Il n'est pas besoin d'insister en effet sur les conséquences de la rupture d'un de ces kystes : la mort par péritonite ne se fait pas attendre, comme le prouve un assez grand nombre d'observations (Puech (1), Prost (2), Caresme (3), etc.). Un point particulier, sur lequel nous reviendrons, doit être signalé ici ; c'est que ces ovaires, atteints d'hématome, sont presque toujours plus ou moins intimement fusionnés avec la trompe par des néomembranes résistantes, à ce point que dans les observations publiées, le chirurgien a dû enlever tout à la fois la trompe et l'ovaire... Outre son importance pratique au point de vue de l'intervention, ce détail offre un réel intérêt quant à la pathogénie de la lésion de l'ovaire.

3° *Hémorrhagies dans les corps jaunes.* — Ces hémorrhagies méritent un mot seulement. Trouvaille d'autopsie ou d'intervention chirurgicale, elles forment de petits kystes, atteignant le volume d'une noisette environ, et que l'examen histologique démontre nettement formés par un corps jaune. La résorption graduelle avec pigmentation persistante paraît être leur évolution normale.

4° *Hémorrhagies dans les follicules hydropiques.* —

(1) PUECH. *Montpellier méd.*, 1858.

(2) PROST. Th., Paris, 1854.

(3) CARESME. *Soc. anatom.*, 1864, 529.

Cette fois, l'hémorrhagie est nettement secondaire ; elle se produit dans des follicules atteints déjà d'hydropisie, ce qui est loin d'être rare. Le contenu seul peut différencier le kyste ainsi formé de l'hémorrhagie intra-vésiculaire ; au lieu d'être formé par du sang épais, poisseux, ce n'est qu'un « fluide sanguinolent » (Doléris et P. Petit). La coïncidence d'autres follicules hydropiques, plus que l'examen histologique (car les éléments différentiels du follicule ont disparu) permet de faire le diagnostic de la nature de ces kystes.

Leur évolution est impossible à préciser. Peuvent-ils se rompre, et causer l'hématocèle ? Peuvent-ils se résorber ? ou devenir l'origine d'un hématome de l'ovaire, par le même mécanisme que plus haut ? Nous l'ignorons.

5° *Hémorrhagies vésiculaires multiples.* — En 1856, Ch. Robin (1) a décrit cette variété qui est caractérisée par ce fait que, non plus une vésicule, mais 2, 5 et même 8 vésicules dans un seul, soit même dans les deux ovaires sont frappées d'hémorrhagie. L'ovaire apparaît augmenté de volume, marqué de boursouflures d'un noir bleuâtre. Chose importante, les vésicules atteintes sont aussi bien centrales que périphériques. Dans quelques-unes on peut encore retrouver des vestiges de l'épithélium du follicule (Ch. Robin). L'évolution des vésicules, ainsi altérées, est différente de celle de la vésicule arrivée à maturité : *jamais elles ne donnent lieu à la formation de corps jaunes.* Robin admet et décrit leur résorption graduelle ; Trousseau (2) et A. Poncet (3) admettent la possibilité de leur rupture, d'où l'hématocèle.

Nous en avons fini avec les hémorrhagies vésiculaires ; passons maintenant aux hémorrhagies interstitielles.

Hémorrhagies interstitielles. — Chacun est d'accord pour admettre la fréquence de petits foyers sanguins ovariques

(1) Ch. Robin. *Bull. Soc. biologie*, 1856, p. 139.

(2) Trousseau. *Clin. méd.*, III, p. 646.

(3) A. Poncet. *Dict. encycloped.*, art. Hématocèle, p. 754.

interstitiels. Nœggerath (1) prétend même en avoir trouvé dans tous les ovaires qu'il a sectionnés. Absolument latents, comme on peut le penser, pendant la vie, ces épanchements n'ont que bien peu d'importance et ne méritent pas une plus longue mention. Mais, à côté de cette lésion, plusieurs auteurs, Puech (2), de Sinéty (3) entre autres, décrivent des épanchements sanguins de tout l'organe, qui se trouve converti en une bouillie sanglante éminemment vasculaire, analogue au tissu de la rate. Ici, tout est détruit : stroma et vésicules de de Graaf; il ne reste qu'une coque plus ou moins résistante enveloppant cette pulpe sanglante. Cette lésion a été très différemment interprétée, les uns invoquant le « ramollissement hémorrhagique », les autres, bâtissant avec ces faits une variété nouvelle d'ovarite, l'ovarite hémorrhagique (Chereau) (4). Nous croyons cependant, en nous basant sur les observations que nous avons recueillies, pouvoir proposer une autre interprétation pathogénique, comme nous le dirons plus loin.

Pour ne rien omettre enfin, nous devons signaler encore la possibilité de la rupture d'une varice du bulbe de l'ovaire, lésion relevant du varicocèle ovarien, décrit par le professeur Richet (5).

Étiologie. Pathogénie. — La notion causale sépare nettement les hémorrhagies de l'ovaire en deux groupes ; les unes, en effet, relèvent d'une *cause générale*, d'une infection, d'une intoxication de l'organisme entier, telles sont les hémorrhagies vésiculaires multiples, dans l'étiologie desquelles on trouve la scarlatine (Scanzoni), la fièvre typhoïde, la variole, la méningite cérébro-spinale, et certaines intoxications, par le phosphore et le tartre stibié entre autres?

Les autres, au contraire, trouvent leur raison d'être dans

(1) Nœggerath. *American J. of obstetrics*, XIII, 1880.

(2) Puech. *Montpellier méd.*, 1858.

(3) De Sinéty. *Traité de gynécologie.*

(4) Chereau. *Mém. pour servir à l'étude des malad. des ovaires.* Paris, 1844.

(5) Richet. *Anat. chirurgicale*, 825.

une lésion locale, soit de l'ovaire même, soit plus souvent à la fois de l'ovaire et des trompes.

Pour l'hémorrhagie extra-vésiculaire il s'agit d'expliquer : 1° pourquoi l'hémorrhagie ne suit pas la voie normale d'excrétion des produits de déhiscence du follicule, c'est-à dire la trompe, et 2° pourquoi l'hémorrhagie se produit avec une telle abondance dans quelques cas. A la première question, la réponse semble facile tant sont fréquentes les lésions des trompes (oblitération, catarrhe, suppuration, etc). D'autre part, ces lésions tubaires ne sont pas sans retentir sur l'ovaire. Celui-ci, outre ses congestions normales périodiques, est en quelque sorte le point d'arrivée d'un grand nombre de réflexes congestifs pathologiques. Les excès vénériens, les traumatismes de l'utérus, aussi bien du col que du corps, les lésions pathologiques de l'utérus et des trompes, la constipation habituelle, les grossesses répétées, le prolapsus même de l'ovaire, voilà tout autant de causes qui entretiennent l'organe dans un perpétuel état congestif. Quoi d'étonnant dès lors que l'hémorrhagie menstruelle normalement insignifiante, prenne ici des proportions dangereuses ?

Quant aux kystes sanguins, aux hématomes de l'ovaire, l'analyse consciencieuse des observations semble devoir les faire considérer comme une lésion nettement secondaire. Ce n'est pas dans des ovaires sains que se produit l'hémorrhagie intra-folliculaire, mais dans des ovaires troublés dans leur nutrition, dans des ovaires malades. Toutes les observations précises au point de vue des lésions, sont d'accord sur ce fait ; il y a de la sclérose de l'ovaire, les follicules voient leur paroi s'épaissir, se scléroser, devenir presque cartilagineuse (Richard, Terrier, Doléris, etc.). Notons encore que cette sclérose de l'organe est surtout *corticale* ; enfin rappelons que ces ovaires sont presque toujours aussi littéralement encapuchonnés par des néomembranes de périovarite, assez épaisses souvent pour que des épanchements sanguins considérables puissent s'y produire. On pourrait croire que cette périovarite est consécutive à la lésion de l'ovaire ; nous croyons

tout au contraire qu'elle résulte à peu près toujours d'une salpingite de voisinage (O. Terrillon) (1).

Rien de plus simple dès lors que d'expliquer l'indéhiscence du follicule, car il lui est impossible de venir proéminer à la surface de l'ovaire et de s'y rompre. L'hémorrhagie reste donc ainsi intravésiculaire. Le kyste est ainsi constitué, et il va s'accroître indéfiniment, par cette raison que les follicules des menstruations suivantes, trouvant un obstacle insurmontable du côté de la périphérie, et n'en trouvant pas du côté du kyste, viendront successivement s'ouvrir dans celui-ci. Nous avons montré que ce n'était pas là une hypothèse gratuite, et que l'étude de la cavité de ces kystes prouvait nettement la réalité du fait.

L'ovaire se détruit ainsi peu à peu par un véritable morcellement (Laugier). Lorsque le kyste est volumineux, l'ovaire semble avoir complètement disparu ; mais il n'en est rien, et toujours l'examen histologique démontre dans la paroi du kyste les éléments propres du tissu de l'ovaire.

Un rapprochement entre l'hématocèle et ces kystes s'impose ici, car, dans les deux cas, il y a « ponte intrakystique », à cette différence près, que dans le premier cas, le kyste est rétro-utérin, et que dans le second il est intra-ovarique, mais le mécanisme d'accroissement est le même. E. Bœckel, dont il faut citer encore l'observation, avait désigné ces kystes sous le nom significatif et parfaitement justifié, de *kyste ménorrhagique*.

Des raisons tout à fait analogues, poussées congestives répétées, troubles de nutrition des follicules, peuvent être invoquées pour expliquer les hémorrhagies dans les corps jaunes et dans les follicules hydropiques, et aussi sans doute, les petites hémorrhagies interstitielles.

Quant aux hémorrhagies interstitielles diffuses, que nous avons signalées, nous les regardons comme dues à l'ovarite septique. Cette lésion ne serait qu'un des stades de l'ovarite,

---

(1) TERRILLON. *Leç. cliniq.*, 1880, 302.

celui qui précède la suppuration. Les faits, croyons-nous, nous permettent cette interprétation. Que trouve-t-on en en effet à l'autopsie dans ces cas ? Les deux ovaires sont malades, et toujours il y a dans l'un d'eux, un ou plusieurs petits foyers de suppuration, ou bien le liquide qui s'écoule à la section de l'organe est grisâtre et louche. Enfin lors de rupture de ces ovaires, les malades succombent aux lésions diffuses d'une péritonite très rapide.

Une observation, publiée par Luton (1), peut servir d'exemple en l'espèce.

Une femme de 27 ans est atteinte depuis 2 ans d'une vaste ulcération du col, avec endométrite hémorrhagique. Un jour, elle est prise d'accidents péritoniques et succombe en 48 heures. A l'autopsie, on trouve un litre de sang dans le péritoine et les lésions de la péritonite. Les annexes à droite et à gauche sont fusionnées par des adhérences. « Sur le trajet des deux trompes, on trouve *plusieurs petits abcès gros comme des pois.* L'ovaire droit présente une petite déchirure par laquelle on voit faire hernie un gros caillot sanguin noir et mou... le tissu de l'organe paraît transformé en putrilage par l'inflammation. L'ovaire gauche est tuméfié, ramolli, faible ; il s'écrase facilement lorsqu'on veut l'inciser. Il est grisâtre et comme infiltré de pus ou de matière plastique(?). »

Pour nous, nous voyons là les lésions d'une ovarite septique, dont la porte d'entrée a été l'ulcération du col. La cavité utérine a été infectée à son tour, et par continuité du tissu, les trompes, enfin les ovaires.

Faut-il ranger ces cas parmi les hémorrhagies de l'ovaire ? Non, au point de vue nosologique ; oui, peut-être au point de vue clinique, car ces ovaires se rompant, causent la mort par hémorrhagie et péritonite, tout aussi bien qu'une hémorrhagie vésiculaire.

---

(1) LUTON. *Gaz. méd.* 1856, p. 76.

SYMPTOMATOLOGIE

Rien de plus variable, on le comprend, que la physionomie clinique de ces différentes variétés d'hémorrhagies de l'ovaire.

Les unes, silencieuses, restent complètement méconnues ; tels sont les hémorrhagies dans les corps jaunes, les petits foyers interstitiels, et aussi les hémorrhagies vésiculaires multiples, quoique peut-être pour celles ci on puisse émettre sans beaucoup s'aventurer, cette supposition, qu'elles ne passent inaperçues que parce que l'attention est accaparée tout entière par la maladie générale. Peut-être aussi, ces métrorrhagies des maladies infectieuses, ces « épistaxis utérines » comme les appelait Gubler, sont-elles unies par un lien de causalité avec les hémorrhagies vésiculaires ?... mais ce n'est là qu'une supposition assez vraisemblable, et rien de plus. En somme, ces hémorrhagies de l'ovaire méritent bien le nom d'*hémorrhagies latentes.*

Tout différemment se présente l'hémorrhagie extravésiculaire, qui, aussi brutale dans son début que dans sa marche progressive, attire vivement l'attention. A côté de la rupture du follicule de de Graaf il faut ranger encore toutes les ruptures de l'ovaire, quelle qu'en soit la cause (kystes sanguins, hémorrhagies interstitielles diffuses). Ces cas doivent être rangés dans le même cadre, d'autant mieux que la rupture des kystes ou d'un ovaire ramolli se produit presque toujours pendant les règles, ou à l'époque présumée des règles. Le fait est d'ailleurs facile à comprendre par l'excès de tension subite qu'ont à supporter la paroi du kyste ou la coque ovarique au moment de la poussée menstruelle.

La symptomatologie se résume facilement en quelques mots : une femme jeune, à l'époque de ses règles ou après le commencement de l'écoulement menstruel, est prise subitement sans cause ou à la suite d'une cause le plus souvent douteuse ou banale, d'une douleur violente, excessive, dans le bas-ventre, souvent plus marquée d'un côté, et très rapi-

dement on voit se dérouler tous les signes d'une hémorrhagie interne. La mort peut survenir en quelques heures, ou en quelques jours avec tout le cortège habituel des accidents péritonitiques, ou bien enfin la femme survit et l'on constate les signes ordinaires de l'hématocèle rétro-utérine.

La symptomatologie des kystes sanguins de l'ovaire, des kystes ménorrhagiques, est tout au contraire des plus vagues, des plus incertaines. Le début échappe toujours ou presque au chirurgien, car il est loin d'être saisissant, bruyant, comme le croit Leopold de Leipzig (1); et l'évolution de la lésion ovarienne est obscurcie par le fait de la concomitance presque constante des lésions tubaires. Comment faire le départ de ce qui revient à l'ovaire et à la trompe dans l'ensemble symptomatique?

Au point de vue des signes physiques même la difficulté n'est pas moins grande, ce qui s'explique par la fusion par des néo-membranes des ovaires et des trompes. Enfin, en admettant même que la localisation ovarienne de la lésion soit établie d'une façon précise par le chirurgien, il resterait à reconnaître la nature spéciale de cette lésion. Or rien de caractéristique vraiment ne distingue le kyste hémorrhagique d'une autre lésion tubo-ovarique, ni la recrudescence des douleurs au moment des règles, ni les troubles de celles-ci qui souvent cependant sont plus abondantes et plus rapprochées, rien, si ce n'est le signe indiqué par E. Bœckel (2), l'*augmentation du volume du kyste au moment de la période menstruelle :* « A chaque menstruation, dit Bœckel, les tumeurs gonflent et deviennent douloureuses. Je constatai plusieurs fois par des mesures prises immédiatement avant et après cette époque, qu'en quelques jours les kystes avaient augmenté de 2 ou 3 travers de doigt en hauteur ».

La constatation précise de ce fait équivaudrait à une certitude, si l'hémato-salpingite ne subissait pas elle aussi une

---

(1) LEOPOLD. *Arch. für Gynæcolog.* B. XII, 300.

(2) E. BŒCKEL. *Loc. cit.*

augmentation de volume, à l'époque menstruelle ; de plus on comprend facilement que lorsque le kyste est encore de petit volume, ce signe doive être bien difficilement appréciable.

DIAGNOSTIC

Les difficultés du diagnostic sont variables suivant les cas. Nous venons de voir combien rarement on pouvait arriver à établir avec certitude le diagnostic du kyste sanguin de l'ovaire. Les observations, même les plus récentes, montrent que jamais le diagnostic n'a été fait; presque toujours le chirurgien s'est cru en face d'une lésion tubaire ou tubo-ovarique, mais jamais il n'a songé à l'hématome de l'ovaire, ce qui s'explique par ce fait que, si les salpingites aujourd'hui sont bien connues, il en est tout autrement de la lésion de l'ovaire que nous étudions. La ponction, il est vrai, en admettant que le toucher combiné à la palpation, ait permis de localiser la lésion dans l'ovaire, permettrait un diagnostic certain ; mais si la ponction est condamnée pour les grands kystes de l'ovaire, combien plus doit-elle l'être pour ces tumeurs sanguines !

Bien différente est la situation du chirurgien en présence d'un cas de rupture de l'ovaire ou d'un follicule. Il nous semble qu'en face d'une femme jeune, qui, à l'époque présumée de ses règles ou pendant ses règles, est prise brusquement d'une douleur abdominale subite avec tous les signes d'une hémorrhagie interne, le diagnostic doit en quel sorte s'imposer, et que ce diagnostic entraîne à son tour une intervention immédiate.

TRAITEMENT

Cette intervention ne peut être que la laparotomie d'urgence avec exploration des annexes de l'utérus, et ablation de l'organe malade. Sans doute, au lieu d'une rupture de l'ovaire l'opérateur pourra rencontrer une rupture d'une veine

variqueuse ou encore d'une grossesse tubaire. Nous n'avons pas cru devoir discuter ces diagnostics au paragraphe précédent parce qu'ils nous semblent tout à fait impossibles. D'ailleurs, dans tous ces cas la laparotomie exploratrice s'impose, et l'intervention curatrice variera suivant la lésion constatée.

Les kystes sanguins de l'ovaire, eux aussi, ne relèvent que du traitement chirurgical, car nous croyons qu'on a peu à espérer du repos et des divers traitements médicaux. En face d'une affection à évolution progressive, continue, exposant sans cesse la malade aux accidents d'une rupture mortelle, nous croyons que l'ovariotomie s'impose. On nous objectera qu'en raison des difficultés du diagnostic, les indications que nous donnons comme formelles peuvent manquer ; mais, en admettant que le diagnostic de kyste sanguin ne soit pas établi, nous croyons que les troubles variés et douloureux, qui mettent les malades dans l'impossibilité de travailler, ou même dans la nécessité de garder un repos absolu, imposent à eux seuls la laparotomie.

Le plus souvent, le chirurgien a dû enlever et l'ovaire et la trompe, et quelquefois même des deux côtés. Sur 12 cas que nous avons pu réunir, 8 fois la trompe a été enlevée avec l'ovaire, et 3 fois les annexes ont été enlevées des deux côtés. L'opération a souvent présenté des difficultés, en raison des adhérences de l'ovaire à la trompe, aux intestins, à l'épiploon, au plancher pelvien.

Dans le cas de Hunter (1), il est dit que le kyste fut difficile à libérer ; 4 fois le kyste a été rompu pendant les tentatives de libération (Sänger (2), Cullingworth (3), Terrier (4), Doléris) (5), mais dans les 12 cas, la guérison opératoire a été rapide. Quant au résultat définitif, il est indiqué comme

(1) HUNTER. *Obst. Soc. New-York*, mai 1886.
(2) SANGER. *Centralblatt für Gynécol.*, 1889, p. 134.
(3) CULLINGWORTH. *Loc. cit.*
(4) TERRIER. *Loc. cit.*
(5) DOLÉRIS. *Loc. cit.*

excellent et complet dans 4 cas (Terrier, Cullingworth, Largeau) (1); dans les autres observations les détails manquent à cet égard.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

DE LA PÉRINÉOTOMIE PRÉLIMINAIRE A L'EXTIRPATION DE L'UTÉRUS

Dans ces derniers temps, des travaux, parus dans les journaux allemands, ont montré que l'on pouvait aborder les divers organes du petit bassin et les tumeurs qui s'y développent, en ayant recours à l'incision du périnée, à la *périnéotomie préliminaire*.

Nous ne voulons pas ici parler du *procédé de Kraske* que Hocheneeg et Herzfeld (2) ont préconisé pour l'extirpation totale de l'utérus. Ce procédé, qui consiste à mettre à nu la partie inférieure de la crête sacrée, et du coccyx, à libérer ces os, à réséquer la partie inférieure droite du sacrum suivant une ligne oblique en bas et à gauche, à aborder le cul-de-sac recto-utérin en refoulant à gauche le rectum bourré de gaze, ne semble pas avoir donné de brillants résultats. Wiedow (3), qui y a eu recours, a rencontré d'assez sérieuses difficultés opératoires (recherche pénible du péritoine dans une masse cellulo-graisseuse abondante, extraction difficile de l'utérus par la plaie, hémorrhagie lors de la section de la paroi vaginale, etc.). Aussi ne l'a-t-on guère employée, ce n'est du reste pas à proprement parler une périnéotomie.

La *périnéotomie vraie* a été décrite, pratiquée et préconisée par Otto Zuckerkandl (4). Celui-ci taille dans le périnée un lambeau en

(1) LARGEAU. Th. ROLLIN. *Loc. cit.*

(2) HERZFELD. Ueber die anwendung des Kraske'schen Verfahrem in der Gynäkologie. *Wiener med. Zeitung*, 1888, XXXIII Jahrgang.

(3) WIEDOW. Die osteoplastische Resection des Kreuzsteissbeim zur Freilegung der weiblichen Sexualorgane und Ausführung operativer Eingriffe. *Berlin. klin. Wochensch.*, 11 mars 1889, p. 202.

(4) Ein neues Verfahren, die Beckenorgane vom Mittelfleische aus operativ blosszulegen. *Wien. medizin. Presse*, 17 févr. 1889, p. 252.

forme de /‾\ dont la base est tournée vers le sacrum. L'incision transversale mesure 7 centimètres et se trouve à 3 centimètres en avant de l'orifice anal, les deux côtés divergents du lambeau se dirigent vers les ischions; on peut ainsi pénétrer dans l'espace recto-vaginal et aller jusqu'au cul-de-sac péritonéal recto-utérin.

Pour pratiquer cette opération on place la malade dans la position de la taille. Lorsqu'on a incisé la peau et le fascia superficialis, qu'on a décollé le lambeau, on sectionne les fibres du sphincter externe qui vont au voisinage de la fourchette et l'on sépare le rectum du vagin dans toute la hauteur du sphincter. Après avoir coupé, à droite et à gauche, les fibres du releveur qui viennent s'insérer sur le rectum, on sépare facilement celui du vagin. Le rectum étant attiré en arrière, la plaie est largement béante et l'espace est libre jusqu'au cul-de-sac péritonéal. On voit en arrière de la cavité ainsi créée le rectum, en avant la paroi postérieure du vagin, sur les côtés les ischions recouverts par la graisse de la fosse ischio-rectale et laissant pendre les faisceaux détachés du releveur. Il suffit alors d'ouvrir transversalement le cul-de-sac péritonéal recto-utérin pour pouvoir engager la main dans la fente péritonéale et saisir le fond de l'utérus qu'on fait basculer et qu'on amène facilement avec ses annexes dans la plaie et même, si l'on veut, à l'extérieur.

Après ligature préalable, les ligaments larges sont coupés au niveau de leur insertion ; quant à la vessie il suffit de sectionner transversalement le péritoine en avant de l'utérus pour la séparer de celui-ci, qui, ne tenant plus qu'au vagin, peut être facilement enlevé.

L'ablation des organes malades étant terminée, le chirurgien peut réunir la plaie péritonéale en remettant en place les moignons des ligaments larges ; il peut, s'il le veut, suturer ces moignons dans la plaie de la séreuse, les fixant, pour ainsi dire en dehors du péritoine et laissant pendre hors de la plaie les fils placés sur eux ; ces fils serviront alors de moyen de drainage.

Les avantages de ce procédé seraient de permettre de préciser nettement l'état des diverses parties de l'appareil génital ; en mettant sous les yeux la paroi postérieure du vagin et les uretères ; il en résulte que, dans les cas de cancer en particulier on a beaucoup plus de facilités pour faire une opération radicale que par un

quelconque des procédés communément employés. Frommel (1), qui a plusieurs fois pratiqué la périnéotomie, la conseille dans les cas de cancers avancés et pense qu'elle peut rendre de grands services pour le traitement des abcès du bassin.

HENRI HARTMANN

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

QUATRIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE TENU A PARIS DU 7 AU 12 OCTOBRE 1889

Le traitement électrique des myomes utérins a fait l'objet de communications de MM. DANION et APOSTOLI. Nos lecteurs connaissent par la discussion récente de la Société de chirurgie (2) la méthode respective de ces deux électrisateurs. Tous deux sont venus défendre énergiquement ladite méthode.

M. APOSTOLI est surtout venu reprocher à MM. Championnière et Danion, d'avoir cru innover en préconisant les intensités moyennes, l'action intra-utérine, les renversements du courant. Apostoli réclame la priorité et la paternité de toute application médicale électrique dépassant 50 milliampères (v. Th. Carlet, juillet 1884). L'action extra-utérine, soit sur le col, soit vaginale a été préconisée pour la première fois par Aimé Martin et Chéron en 1879. Les renversements de courant sont depuis longtemps recommandés par les mêmes auteurs, comme par Moritz Benedickt de Vienne.

Actuellement Apostoli a recours à des intensités élevées lors d'endométrite ou d'hémorrhagie, à des intensités modérées lors d'intolérance utérine ou péri-utérine. Aux affirmations de MM. Championnière et Danion qui reposent sur 7 mois d'expérience et 11 observations, Apostoli oppose sa méthode vieille de 7 ans et qui comprend plusieurs milliers d'observations.

(1) 3e Congrès tenu à Fribourg par la Société allemande de Gynécol., in *Ann. de gynéc.*, 1889, t. II, p. 288.

(2) Voir *Ann. de gyn.*, juillet 1889, p. 46.

Le traitement chirurgical de la péritonite (1) a été le sujet de nombreuses communications. Dans un cas de péritonite consécutive à un massage intempestif d'une grossesse extra-utérine, M. Bouilly a, par la laparotomie, guéri rapidement une malade; dans un cas de rupture de l'utérus gravide avec rupture de la vessie, l'opération fut suivie de mort ; chez une autre femme, à peu près mourante, le même chirurgien opéra d'urgence et obtint encore une guérison ; la cause était, dans ce dernier cas, une salpingo-ovarite qui ultérieurement fut ouverte par le vagin. Une observation comparable a été communiquée par M. Routier. Une jeune femme fut admise dans le service de M. Damaschino pour une fièvre typhoïde au début. Puis une tumeur fut trouvée dans le ventre : M. Routier consulté crut à une grossesse. Puis un abcès devint évident et il l'incisa ; abcès limité par un diaphragme pseudo-membraneux le séparant des anses intestinales. L'utérus et les annexes étaient trop malades pour être enlevés. L'opération réussit mais la malade conserva une fistule. M. Routier chercha à traiter cette fistule par la dilatation : ce fut en vain. Il ouvrit donc de nouveau le ventre ; mais cette fois encore les adhérences des organes pelviens firent échouer sa tentative d'opération radicale. La malade vit et est en bon état; mais depuis deux ans et demi elle porte toujours une fistule.

Parmi les faits comparables nous citerons une péritonite due à un kyste suppuré de l'ovaire ; en 1883, M. Demons (de Bordeaux) désinfecta avec succès le péritoine, dont l'inflammation purulente était généralisée. M. Labbé a obtenu également un succès dans un cas à peu près identique, où le péritoine contenait environ 8 litres de pus.

L'intervention chirurgicale a donné des résultats moins bons dans les **péritonites puerpérales**. Dès 1886, M. Bouilly communiquait deux faits à Truc (Th. agr.). Les malades étaient mortes sans doute, au deuxième et au seizième jour, et la troisième ne fut pas mieux partagée, car elle succombait en quatre jours. Il fallait donc de la hardiesse pour persévérer, mais l'événement a montré que cette hardiesse n'était pas de la témérité. En 1887, la laparoto-

---

(1) Nous ne résumerons ici que les faits de péritonite ayant leur point de départ dans les organes génitaux de la femme, bien que la question ait été envisagée d'une manière beaucoup plus générale au congrès.

mie arracha deux malades à une mort certaine. L'une d'elles, opérée alors qu'elle était dans un état des plus graves, était guérie en treize jours; l'autre, tellement atteinte que le matin du treizième jour M. Bouilly s'était refusé à intervenir, fut opérée le soir et se remit complètement. La dernière, enfin, succomba dix heures après la laparotomie faite *in extremis* douze jours après le début de l'infection.

M. Denucé a fait connaitre une observation analogue, heureuse. La péritonite, consécutive à un avortement, avait eu d'abord des allures subaiguës ; puis un mois après, des accidents graves avaient éclaté. Il y avait des foyers purulents dans le cul-de-sac de Douglas, dans la trompe et dans le ligament large. Un incident ralentit la guérison : vers le cinquième jour un frisson annonça l'invasion d'un abcès parotidien qui dut être incisé.

Le manuel opératoire recommandé par M. Bouilly, est très simple. Une incision petite, longue de 5 à 6 centim., est suffisante ; plus grande, elle exposerait au prolapsus de l'intestin météorisé. Par là est introduite la canule d'un laveur et cette canule, accompagnée de l'index, fouille dans tous les coins et recoins pour dégager les agglutinations, pour chercher les foyers qui se sont collectés. On fait passer ainsi de 8 à 10 litres d'eau bouillie ; si l'on veut, on peut se servir de sublimé à 1 pour 4000 ou 5000. Quand il y a une poche circonscrite, on y met un gros drain. Cette recherche des foyers doit être minutieuse ; à une de ses autopsies, M. Bouilly en a trouvé un qu'il avait méconnu.

M. Demons se demande si le simple lavage suffit, et il conseille plutôt de faire une toilette complète, en nettoyant à l'éponge le plus possible les exsudats. Il reconnait que cette manœuvre plus longue ne serait peut-être pas supportée si la malade était en un état très grave. Peut être même, pour les cas désespérés, où une opération de quelque importance serait fatalement mortelle, pourrait-on essayer du simple lavage, par une canule de trocart, une autre canule placée dans l'autre flanc donnant issue au liquide injecté. Le trauma est en effet ainsi réduit au mininum.

Hyperesthésie papillaire du méat chez les femmes, par M. Facieu (de Gaillac). Cette affection a été signalée par Giraldès, par Verneuil dans une discussion à la Société de chirurgie. D'après M. Facieu c'est une cause, souvent méconnue, du vaginisme.

Débridement vaginal des collections de la périmétrite chronique. —

M. GOULLIARD (de Lyon) indique cette méthode, préconisée depuis longtemps par son maître Laroyenne (de Lyon). Ces collections sont d'ailleurs de nature variable et par leur contenu (pus, sang, sérosité), et par leur siège (péritoine, trompe, ligament large). Après incision du cul-de-sac vaginal, on fait au trocart spécial la ponction de la poche. Puis dans la canule on glisse le métrotome de Simpson et après avoir retiré la canule on débride largement, dans la direction de la brèche vaginale, avec le métrotome. La cavité est alors drainée avec des mèches iodoformées. Le résultat immédiat est presque toujours bon ; et la plupart du temps il se maintient.

Aperçu synthétique sur les fonctions, la pathologie et la chirurgie du col de l'utérus, par M. DOLÉRIS (de Paris). — Considéré comme simple canal passif, le conduit utérin normal a dans son ensemble une direction sensiblement rectiligne; il est à peine coudé à l'isthme. Son calibre est toujours suffisant pour sa fonction. La structure de sa muqueuse et les reliefs de sa paroi assurent par une sorte d'appareil de drainage, la perméabilité de l'organe dans les deux sens, de l'extérieur vers l'intérieur et inversement.

La sécrétion modérée du mucus cervical n'est pas défavorable à la fonction. En effet, sa grande alcalinité neutralise les produits habituellement acides de la vulve et du vagin. Le rôle primordial dans les phénomènes initiaux de la fécondation appartient incontestablement au museau de tanche. L'orifice externe est la véritable porte de la fécondation. Chez les vierges, le relief du museau de tanche dans le vagin est insignifiant, la profondeur des culs-de-sac quasi-nulle et le vagin lui-même calibré d'une façon sensiblement égale dans toute son étendue. L'orifice externe est donc le débouché terminal des voies génitales externes ; aucun diverticule ne peut égarer le liquide fécondant.

Chez la femme qui a enfanté, le conduit vaginal est plus large, mais l'orifice utérin est sensiblement plus ouvert et d'autant plus accessible. C'est de la sorte que se conserve l'aptitude normale aux fécondations successives.

Lorsqu'une déformation excessive vient vicier ces dispositions réciproques du col et du vagin, l'aptitude diminue et peut même disparaître, car si un col conique et allongé avec un vagin normal chez une femme multipare réalise un obstacle naturel à la fécondation, on peut dire aussi qu'un orifice cervical élargi avec un vagin très relâché amène le même résultat chez la pluripare.

Il y a lieu d'examiner l'action des fibres du releveur de l'anus, au point de vue de la fécondation. M. Forget a montré comment se relient les faisceaux longitudinaux du vagin avec les lèvres antérieures et postérieures du museau de tanche. Il y a continuité absolue, de telle façon que chaque colonne vaginale se termine à l'utérus par une sorte de patte d'oie faite de trois divisions de fibres, les unes remontant sur l'utérus en se continuant avec les faisceaux longitudinaux auriformes du corps, les autres sont récurrentes en haut et se jettent sur la vessie en avant ou le rectum en arrière; les troisièmes courtes sont récurrentes en bas sur la lèvre correspondante du col où elles se terminent.

Cette notion anatomique est précieuse, si l'on veut envisager les mouvements solidaires du vagin postérieur et du col, si l'on considère les changements de forme et de direction de l'orifice du col sous l'influence d'un spasme subit ou d'une action contractile répétée.

La tension musculaire du stroma du col répond à des phénomènes actifs variés, en rapport avec la fonction.

Le col agit comme sphincter, pendant la gestation et pendant la première phase de la parturition.

Dans le premier cas, c'est un agent de rétention de l'œuf fécondé; dans le deuxième, c'est un agent modérateur de la sortie du fœtus. L'action du sphincter est due à la prééminence des fibres circulaires sur les faisceaux longitudinaux.

Le rôle du sphincter musculaire est puissamment aidé par la ceinture vasculaire qui entoure le col dans sa portion sus-vaginale et qui fait de l'isthme utérin un véritable tissu érectile, au niveau duquel les faisceaux musculaires ne sont plus qu'une membrane ariforme.

Le maintien des tissus musculaires et l'intégrité de l'influx nerveux sont les garanties et la résistance de la région.

Toute la pathologie du col utérin est dans ces trois mots : traumatisme, inflammation, processus dégénératif ou néoplasique.

Le traumatisme, qu'il soit violent ou modéré, aboutit généralement à des effets semblables. Tantôt c'est la perte de l'action contractile par suite des solutions de continuité étendues. De là des douleurs, des sensations viciées, etc. Le résultat fonctionnel est plus important : la cavité cervicale est mise à nu; le pouvoir rétenteur du col faiblit, par division du sphincter jusqu'à l'orifice

interne. De là, l'avortement répété des premiers mois ou la brusque sortie du fœtus, si la malade arrive à terme.

Par suite des traumatismes peu violents mais répétés, par suite de la répétition d'un coït disproportionné, les culs-de-sac vagi naux deviennent très larges : le col s'allonge, se déforme coniquement et subit souvent une flexion.

Tous ces changements aboutissent au déplacement de l'utérus, au relâchement des ligaments (pesanteurs, douleurs, troubles de la menstruation, gêne dans la marche, etc.).

L'inflammation se combine souvent au traumatisme, pour produire des déformations graves.

L'endométrite cervicale amène l'ectropion muqueux du col, comme la rectite amène la hernie de la muqueuse rectale.

La théorie classique de l'ulcération est à peu près morte aujourd'hui. M. Doléris a contribué à détruire cette théorie par des travaux qui ont été exposés en mai 1887, au Congrès gynécologique de Paris, et dans différentes publications. Il a montré que le processus ulcératif vrai, auquel les Allemands accordent un certain rôle, ne s'observe que sur les cols affectés autrefois d'ectropion primitif cicatrisés artificiellement par revêtement d'épithélium pavimenteux et ulcérés secondairement par excès de tension et chute de la cicatrice. Il a appelé ces pseudo-ulcérations, ectropion secondaire.

Il a insisté sur les fâcheux effets des applications caustiques et des pointes de feu sur le col. Dans ces cas, il se produit une cicatrisation vicieuse qui altère la fonction de la muqueuse sous-jacente et qui aggrave le processus.

Les caustiques et le thermocautère amènent la transformation de l'épithélium cylindrique, qui revêt tout ectropion cervical, en un vernis pavimenteux solide. D'où l'oblitération des conduits glandulaires qui s'ouvrent sur la surface de l'ectropion. Qu'arrive-t-il ? Les sécrétions glandulaires subissent de la rétention et produisent des tuméfactions chroniques et récidivantes (anciennes congestions répétées).

Sous la cicatrice qui s'est formée, se passe un processus qui a échappé aux observateurs. Les glandes sont altérées, remplies de produits de sécrétion et enfermées sous une enveloppe cornée. De temps à autre apparaissent à la surface des follicules qui sont parfois remplis de pus, preuve que l'infection existait dans les profondeurs des follicules.

Le dernier terme de cette lésion chronique, est la dégénérescence kystique. Les pointes de feu n'ont pour résultat que de créer des clous de sclérose dans le col envahi par les kystes.

Et cependant les Allemands, qui ont contribué à établir ces faits histologiques, continuent à faire usage des caustiques sur l'ectropion.

Ces troubles amènent l'allongement du segment moyen du col, l'atrésie du conduit cervical, des déviations, etc. Ils occasionnent aussi le réveil des affections salpingo-ovariques.

L'inflammation modifie aussi la forme du col et détermine des flexions antérieures qui portent sur l'union du segment vaginal avec le segment sus-vaginal du col. Cette déformation favorise l'éversion de la lèvre antérieure qui se relève, son allongement apparent, l'apparition de l'ectropion antérieur et enfin une sorte de conicité du col.

Le sphincter vasculaire permet de comprendre les spasmes localisés à l'orifice interne. L'athérome précoce, l'affaiblissement constitutionnel ou acquis des parois artérielles, l'affaiblissement des parois veineuses, etc., amènent la perte de solidarité de structure entre le corps et le col de l'utérus, d'où atonie du segment moyen et flexion de l'organe à l'isthme.

Dans la thérapeutique du col, il y a nécessité de viser toujours un double objet : le maintien ou le rétablissement de la fonction, la guérison des lésions.

Lorsqu'il se produit pendant l'accouchement une rupture étendue du col, la pratique se refuse à la trachélorrhaphie qui est cependant rationnelle, parce qu'elle évite une cicatrisation secondaire.

En présence d'une lésion ancienne, avec ectropion muqueux, on préfère autant la trachélorrhaphie que l'ablation plastique de la muqueuse, et on ne se soucie guère de l'endométrite, quand on referme le col.

Dans toutes les interventions sanglantes sur le col, on ne fait pas attention à l'étendue et au siège précis des lésions. On cherche à faire une opération réglée, sans trop se soucier des altérations que l'on laisse dans le col.

Quant à traiter l'ectropion en provoquant une cicatrisation artificielle, c'est une pratique erronée, basée sur une erreur anatomique.

Les traumatismes cervicaux veulent être réparés frais, lors-

qu'ils sont modérés. On doit abandonner la pratique antiphysiologique des cautérisations sur le col. Tant que les médecins feront des cicatrices artificielles sur le col malade, le couteau du chirurgien sera obligé d'intervenir.

La gynécologie devra varier son intervention, la simplifier ou la compliquer, en vue de la restauration fonctionnelle du col.

Le curage d'une endométrite du corps n'améliore nullement l'état du col. Le redressement d'un utérus fléchi ne suffira pas à favoriser la fecondation, même en y ajoutant la dilatation, même en faisant une opération sur le col, si le vagin reste lâche et trop ample. Il faudra y ajouter une opération complémentaire sur ce conduit.

Sur le traitement des rétro-déviations utérines, par L. G. Richelot. Nos récentes discussions, à la Société de chirurgie, ont mis en lumière les incertitudes que présente encore la thérapeutique des rétro-déviations utérines.

Dans le traitement de ces affections, il faut considérer l'*attitude vicieuse* (version ou flexion), la *lésion de l'utérus* (métrite), la *lésion des annexes* (salpingo-ovarite, adhérences pelviennes).

a. Dans les *rétroversions adhérentes*, le pronostic est celui des salpingo-ovarites, et il faut que le traitement s'en inspire. Rupture lente ou brusque des adhérences, massage utérin, et, doivent être laissés de côté. L'opération d'Alexander a été condamnée, d'un accord unanime, dans les cas de ce genre. Le seul traitement qui convienne est celui qui vise les annexes et met au second plan l'attitude vicieuse. Les moyens palliatifs peuvent avoir raison d'une périmétrite à ses débuts; mais pour des lésions rebelles et progressives, on est amené à faire la laparotomie pour enlever les trompes et les ovaires. La suppression des annexes malades et la rupture des adhérences suffisent à la guérison, sans qu'on ait besoin de recourir à l'hystéropexie.

En résumé, la thérapeutique des rétroversions compliquées est celle des maladies inflammatoires des annexes et du péritoine pelvien.

b. Dans les *rétroversions mobiles*, le traitement de la métrite suffit quelquefois pour supprimer les douleurs; néanmoins, il est important de redresser l'utérus et de traiter la déviation pour elle-même. Les pessaires, le raccourcissement des ligaments ronds, l'hystéropexie sont en lutte et se partagent l'opinion. Aucune de

ces méthodes n'est mauvaise, mais aucune ne suffit à tout et chacune d'elles peut manquer son but. Entre les déviations bénignes auxquelles on touche à peine et celles qui nous conduisent à ouvrir le ventre, il reste une lacune à combler par quelque moyen nouveau, qui échappe aux accusations qu'on peut diriger contre les autres.

Or, ce moyen existe. L'idée appartient en propre au Dr Nicoletis, qui me l'a suggérée. On fait d'abord une amputation sus-vaginale du col : incision circulaire des culs-de-sac ; dégagement du segment inférieur en refoulant le tissu cellulaire et en décollant le cul-de-sac postérieur du péritoine, auquel on ferait un point de suture s'il était déchiré par mégarde ; enfin, section perpendiculaire à l'axe, au niveau de l'angle de flexion plus ou moins prononcé.

Il s'agit maintenant d'unir au moignon la paroi vaginale par une suture tellement combinée que le fond de l'utérus bascule en avant. Sur la demi-circonférence postérieure de la plaie vaginale, disposez sept fils de catgut : trois au milieu, sortant par l'orifice utérin après avoir traversé la moitié de l'épaisseur du moignon, deux à droite et deux à gauche le traversant tout entier pour émerger sur son bord antérieur. Il est facile de voir qu'en serrant les fils on accroche la paroi postérieure du vagin à la demi-circonférence antérieure du moignon, tout en ménageant l'orifice utérin. Des fils supplémentaires doivent réunir les autres points de la plaie pour assurer partout l'adhésion immédiate. Quand la soudure est faite, la paroi vaginale accrochée tire en arrière le bord antérieur du moignon, et ramène le fond de l'utérus par un mouvement de bascule. J'ajoute que ce procédé de suture n'est pas d'une exécution difficile, que les surfaces se rapprochent aisément, et qu'en nouant les fils on sent la paroi vaginale monter sur le moignon, qui s'abaisse au devant d'elle.

L'amputation du col est déjà un bon traitement de la métrite, chez la malade que j'ai opérée à l'hôpital Tenon, j'ai voulu faire ce traitement complet, c'est-à-dire qu'après deux jours de dilatation, j'ai pratiqué dans la même séance le curage utérin, la résection et la suture. J'ai trouvé un sérieux avantage à satisfaire ainsi, d'un seul coup, à la double indication que présentent la plupart des rétroversions mobiles. Aujourd'hui, la malade est bien guérie, l'utérus est droit, il n'y a plus ni catarrhe ni douleurs.

Il est essentiel de constater, non seulement la disparition des symptômes, mais aussi le redressement. Nous sommes partis de ce principe que la déviation est mauvaise par elle-même et le redressement toujours utile; ce qui nous importe en ce moment, c'est d'avoir une opération simple qui assure la correction de l'attitude vicieuse.

En résumé, l'intervention que je propose : curage, amputation du col et suture de Nicoletis, est bien réglée, sans imprévu, sans grosses difficultés. Elle répond aux indications, elle est suivie d'une guérison rapide, et peut être choisie par les chirurgiens qui trouvent l'emploi des pessaires incommode, l'opération d'Alexander infidèle, l'hystéropexie hasardée. Elle m'a bien réussi dans un cas, et, si de nouveaux faits confirment les premiers résultats obtenus, j'espère que nous pourrons l'appliquer, avec de sérieux avantages, à la plupart des rétroversions mobiles.

Cette thérapeutique, sans doute, est plus compliquée que celle dont M. Berrut (de Paris) a vanté les avantages. Pour M. Berrut, la chose est bien simple. Tout consiste dans « l'opération de la réduction et de la contention » Mais le bistouri n'a rien à voir en cette affaire, pourvu qu'on sache un peu le darwinisme. La femme a des rétro-déviations parce qu'elle s'est élevée de l'attitude quadrupède à la verticalité de bipède. Les femelles « horizontales » n'ont pas de ces ennuis. L'évolution a permis à l'espèce humaine de substituer à la brutalité du coït *more ferarum* les charmes artistiques de l'accouplement face à face ; et de là des troubles dans l'équilibre utérin. La question est de savoir si le coït non face à face, qui n'est pas tout à fait inconnu à l'espèce humaine, prédispose moins aux rétroversions ses prêtresses qui souvent, elles aussi, sont « horizontales ».

A. Broca

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 *juillet* 1889.

A. Guérin. **Ovariotomie, kyste contenant un liquide ressemblant à du pus.** — La pièce a été enlevée sur une femme âgée de 43 ans. C'est un kyste para-ovarique, qui avait été ponctionné deux fois, et duquel la ponction avait fait retirer un *liquide ressemblant à du pus, mais qui, ne contenant ni globules sanguins*

ni globules purulents, *était en réalité une émulsion graisseuse* (Ranvier). La trompe du même côté, enlevée en même temps, était le siège d'un hydro-salpinx. De l'examen histologique fait par Cornil, il résulte que la *paroi de la tumeur kystique* est composée de plusieurs couches fibreuses, et d'une couche interne, la plus intéressante, véritable membrane pyogénique. « Cette membrane présente une trame fibreuse à mailles assez larges et minces. Des vaisseaux très nombreux, très rapprochés les uns des autres, dilatés et à parois minces comme des parois capillaires, la sillonnent de sa profondeur à sa surface, et s'anastomosent en réseau. Elle contient entre les fibrilles de tissu conjonctif, une grande quantité de cellules embryonnaires. Celles-ci sont presque toutes plus ou moins en dégénérescence graisseuse, et souvent elles présentent aussi des granulations pigmentaires. Par places, il reste des îlots de cellules plus volumineuses, et montrant dans leur intérieur des cristaux de graisse disposés en forme de boules de pin épineuses. Souvent aussi, on voit entre les fibres de tissu conjonctif, des espaces qui sont remplis de cristaux de cholestérine. Ces cristaux, vus de profil ont l'air de grandes aiguilles disposées parallèlement. Il s'est aussi produit dans cette membrane des infiltrations sanguines. A sa surface, la membrane interne du kyste se limite par de petites saillies comme des bourgeons charnus réunis, très vasculaires qui sont tapissés par places, par de petites cellules cubiques granuleuses, troubles, c'est une couche de leucocytes pressés, et prenant, par la pression, une forme cubique, plutôt qu'un véritable revêtement épithélial. Quant au *liquide* du kyste, Cornil a constaté, comme l'avait déjà fait Ranvier, que, s'il était puriforme, il ne contenait pas cependant de globules de pus, et qu'il représentait, en réalité un *produit de sécrétion dans lequel dominaient les éléments de la graisse libre, ou contenus dans des cellules modifiées.*

TERRILLON. **Salpingite tuberculeuse.** — L'auteur étudie successivement l'*anatomie pathologique, la symptomatologie ;* le *diagnostic ;* le *traitement*. Au sujet de l'*anatomie pathologique*, plusieurs points intéressants à noter : Sur 6 cas de salpingite opérées, Terrillon a trouvé 3 fois une lésion tuberculeuse de l'ovaire, lésion considérée jusqu'ici comme exceptionnelle. La trompe oblitérée peut être distendue soit dans sa totalité, soit dans une partie de son trajet, sous forme de dilatation kystique, Le liquide con-

tenu était dans 2 cas, verdâtre, à peine louche, nullement puriforme; la paroi tubaire épaissie et infiltrée de tubercules. Autour des organes malades, s'organise un tissu, qui devient épais, dur, fibreux, résistant, et qui crée des difficultés opératoires, souvent considérables. D'autre part, la tuberculisation peut n'occuper qu'un seul côté, trompe et ovaire, ensemble ou séparément, l'autre côté étant intact. Ce caractère d'*unilatéralité*, non pas constant, mais assez fréquent, peut fournir, peut-être, un signe différentiel avec d'autres variétés de salpingite. Eu égard à la *symptomatologie* et au *diagnostic*, il faut noter : la fréquence des poussées inflammatoires du côté du péritoine; la dureté particulière des bosselures spéciales que l'on perçoit par le toucher vaginal; le dépérissement accusé des sujets, et la constatation de lésions tuberculeuses dans d'autres organes. Sous le rapport du *traitement*, Terrillon se prononce, formellement, pour l'*ablation des annexes* atteintes de tuberculose. N'étaient les difficultés du diagnostic, mieux vaudrait intervenir de bonne heure ; en tout cas, dès l'apparition des accidents péritonéaux.

Discussion : Jouin. — Il importe dans la question de l'étiologie, de rechercher si le mari n'est pas atteint de tuberculose génitale. Pour le diagnostic, c'est dans la constatation de lésions tuberculeuses en d'autres points, et d'un affaiblissement plus marqué que dans les autres variétés de salpingites qu'on en trouvera les éléments. Richelot, sur un grand nombre de salpingites, n'en a rencontré qu'une seule de nature tuberculeuse. En raison de la solidité des adhérences, il dut se contenter d'inciser la trompe, d'évacuer la bouillie caséeuse qu'elle contenait, et de laisser le foyer caséeux dans la profondeur ; pansement à l'iodoforme, guérison. D'après lui, le diagnostic est très difficile. Polaillon déclare que, dans l'état actuel, le diagnostic est impossible

Loviot. **Placenta prævia. Mort par anémie vraie.** — X..., 35 ans, 7 accouchements antérieurs, normaux. Grossesse actuelle, à terme. Au 4e mois, hémorrhagie légère. 3 jours avant le début du travail, hémorrhagies répétées et abondantes, ayant amené un état général grave : facies entièrement décoloré, lèvres violacées, respiration courte et fréquente, téguments refroidis, pouls radial presque imperceptible, pas de sueurs, pas de nausées ni de vomissements. Depuis la veille, contractions utérines rares et peu énergiques. A la vulve, suintement sanguin, pas d'hémorrhagie interne. Orifice

externe, à bords minces, non entièrement dilaté, mais paraissant très dilatable ; dans son aire, la face utérine du placenta qui l'occupait en totalité.

Fœtus en S.I.G. Ayant réussi à insinuer une main entre le placenta et la paroi utérine, Loviot rompit les membranes et abaissa un pied, et, comme il survint alors des contractions vigoureuses, il put, à l'aide de légères tractions, favoriser l'expulsion du fœtus. Toutefois, il termina par une application de forceps sur la tête dernière.

Extraction manuelle du placenta ; injection intra-utérine chaude, compression de l'aorte, grogs, injections d'éther. En dèpit de ces moyens, et bien que l'intervention ne se fût accompagnée d'aucune nouvelle perte de sang, la femme expirait 40 minutes environ après la terminaisou de l'accouchement. Quelle eût été l'utilité de la transfusion en pareil cas ?

Discussion : Guéniot juge la transfusion peu utile dans ces cas. Il tient pour une pratique préférable, de faire la compression des membres inférieurs et d'élever les membres supérieurs : *fournir aux organes internes une quantité de sang suffisante.* La malade doit être tenue dans le *repos absolu*. Pajot. *Ne pas remuer la malade*, et donner de l'eau-de-vie. Charpentier cite une observation, où le placenta inséré centre pour centre, grâce à une dilatation rapide, se décolla complètement et vite, ce qui mit fin aux hémorrhagies et sauva la femme. Porak. La transfusion n'agit que comme excitant des glandes hématopoiétiques, c'est un tonique. La pratique conseillée par Guéniot lui est supérieure.

Continuation de la discussion sur l'anesthésie obstétricale.

R. L.

CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE TENU A LEEDS DU 13 AU 16 AOUT 1889 (SECTION D'OBSTÉTRIQUE)

Discussion sur la valeur de l'électricité en gynécologie. (A discussion on an estimate of the value of Electricity in Gynecology). *The Britih. med. Journ.* Lond., 1889, t. II, p. 857.

W. S. Playfair fait une longue communication très favorable à l'électrolyse. Cette méthode a une influence certaine, mais il faut bien choisir les cas et bien connaître le manuel opératoire. Dans un cas de fibrome très volumineux et comprimant les organes du

petit bassin il a obtenu après cinq séances une très grande amélioration.

L'électrolyse est excellente contre les hémorrhagies. Il a lui-même obtenu beaucoup de guérisons. C'est le pôle positif qu'il faut alors appliquer dans l'utérus. L'effet produit est dû sans doute à ce que la muqueuse, cautérisée, est rendue plus dense et prend une consistance fibreuse.

Mais il faut beaucoup de patience et 15 à 20 séances, au moins sont, en général nécessaires.

Le peu de gravité de l'opération impose le devoir de l'essayer avant d'avoir recours aux moyens sanglants.

L'application du pôle négatif donne d'excellents résultats dans l'endométrite chronique, le catarrhe et la dysménorrhée membraneuse. Playfair cite même avec détails un très beau succès dans un cas d'inflammation chronique de tout le petit bassin.

E. Cutter vient apporter sa statistique :

50 cas avec :	Accroissement continu.........	7 cas.
	Arrêt dans l'évolution..........	25
	Amélioration..................	3
	Guérison......................	11
	Morts.........................	4

Cette mortalité considérable, 8 0/0, est sans doute due à sa façon de procéder. Il emploie de grosses aiguilles qu'il enfonce dans la tumeur à travers la paroi abdominale, le rectum ou le vagin.

Lawson Tait : Il est impossible de prendre au sérieux l'exposé d'opinions de Playfair, qui n'apporte qu'un seul cas avec tous les détails. Encore s'agit-il évidemment d'une erreur de diagnostic. Pour lui, il n'a pas essayé de l'électrolyse, étant suffisamment satisfait des résultats qu'il obtient par l'ablation des annexes.

En effet, sur 262 cas, il n'a que 1,23 0/0 de mortalité (1). Les cau-

(1) Nous avouons ne pas comprendre comment M. Lawson Tait, peut obtenir ce chiffre de 1,23, qu'il répète plusieurs fois. Il est impossible qu'il ait calculé ce tant pour cent d'après le total de 262 opérations qu'il donne ; il faudrait admettre en pareil cas, que sur ses 262 opérées il en a perdu 8 et environ un *cinquième* à un *quart*. Il ne s'agit cependant pas d'une faute typographique. les mêmes chiffres statistiques se trouvant dans une publication antérieure du même auteur (*Brit. méd. J.*, 1889, t. II, p. 299) !

ses intrinsèques de mortalité, c'est-à-dire celles qui tiennent à des fautes opératoires sont nulles ou à peu près ; les causes extrinsèques, qui tiennent à la maladie elle-même sont augmentées par les progrès que fait le mal pendant le temps que l'on perd à essayer l'électrolyse.

Cutter accuse 8 0/0 de mortalité contre 22 0/0 de guérisons seulement. Or, dans l'hystérectomie la mortalité n'est que de 8 à 10 0/0 environ et les malades qui survivent à l'opération sont, elles, complètement guéries.

L'ablation des annexes, l'hystérectomie elle-même sont donc préférables à l'électrolyse.

Les autres communications sont moins importantes. La plupart des orateurs sont cependant favorables à l'électrolyse.

J. J. Parsons qui, sur 20 cas, n'a pas eu de morts a guéri les hémorrhagies dans les 2/3 des cas ; il a eu quelquefois, surtout dans les myômes mous, une diminution de volume.

R. Bell croit que l'électricité agit en amenant la contraction du muscle utérin et l'atrophie de la tumeur par diminution du calibre des vaisseaux. Aussi pense-t-il qu'on peut arriver aux mêmes résultats par un procédé plus simple qu'il se réserve de publier plus tard.

J. Bbaithwaite pense que l'électrolyse est excellente, mais seulement pour les fibromes de la paroi antérieure. Les autres, ceux de la paroi postérieure et du fond de l'utérus sont justiciables de l'oophorectomie.

C. H. F. Routh préconise les aiguilles d'or et de platine et pense qu'il ne faut pas faire durer les séances plus de 5 ou 10 minutes.

T. More Madden qui a essayé des deux méthodes préfère l'électrolyse par laquelle il faut toujours commencer.

Joan Robertson, Sydney Rumboll, trouvent que l'électricité produit de bons effets.

Plusieurs orateurs sont plutôt opposés à la méthode :

Graily Hewitt demande des faits ; il a essayé plusieurs fois, mais a eu une mort par péritonite après la deuxième application.

Fr. Imlach trouve que l'électrolyse ne fait à peu près rien.

Peter Horrochs n'a pas eu de résultats satisfaisants. Ni diminution de la tumeur, ni amélioration permanente.

Reste enfin le camp des éclectiques, qui demandent à connaître d'autres résultats et pensent jusqu'à nouvel ordre qu'il faut tantôt

se servir de l'électricité, et tantôt recourir à l'opération sanglante.

Tel est l'avis de HANDFIELD JONES, BYERS, ROSS JORDAN et C. J. CULLINGWORTH.

J.-L. FAURE

REVUE ANALYTIQUE

INFLAMMATIONS PÉRIUTÉRINES, AFFECTIONS DES TROMPES ET DES OVAIRES

Contribution à l'étude de l'histologie normale et de la pathologie des trompes. (Beiträge zur normalen Histologie und zur Pathologie der Tuben), G. ORTHMANN, *Virchow's Archiv*. Bd CVIII, p. 165 et *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 21.

Les recherches de l'auteur ont porté sur 25 cas d'affections tubaires, qu'il répartit de la manière suivante :

1. *Salpingite catarrhale :* 9 cas.

Au début l'épithélium à cils vibratiles est conservé ; un peu plus tard, on voit, au niveau des points où cet épithélium est exposé à la pression des replis muqueux situés en regard, d'abord les cils vibratiles disparaître, puis les cellules cylindriques s'aplatir. En d'autres points, on constate les altérations générales des phlegmasies catarrhales : en premier lieu, infiltration de petites cellules dans la hauteur des replis muqueux, puis hypertrophie de ces replis, qui, en s'unissant entre eux, limitent des cavités, prises autrefois, à tort, pour des cavités glandulaires En certains cas, mais rarement, il y a aussi hypertrophie de la musculeuse. Le plus souvent, l'hypertrophie de la paroi tubaire dépend d'une hyperplasie des éléments connectifs.

On peut diviser la salpingite catarrhale en : *a*) Salpingite catarrhale simple (la muqueuse seule est intéressée) ; *b*) salpingite diffuse (toute la paroi est affectée).

2. *Salpingite purulente :* 8 cas (3 salpingites *puerpérales;* 3, s. *gonorrhéiques* ; 2 de nature inconnue). Dans aucun de ces cas, il ne fut constaté de micro-organismes. (Plus tard, l'auteur dégagea nettement dans un cas des gonococcus, et dans un autre des bacilles tuberculeux.)

Souvent, l'épithélium a disparu à la surface, au contraire il per-

siste dans les espaces creux. La muqueuse est si profondément altérée que, parfois, la musculeuse n'est plus recouverte que d'une mince couche de cellules issues d'un processus de granulation.

Dans tous les cas, il y avait épaississement de la paroi tubaire, 2 fois aux dépens de la musculeuse, 6 fois aux dépens des éléments inter-musculaires.

3. *Hémato-salpinx :* 2 cas. Dans le 1er l'*ostium* abdominal était oblitéré, la trompe avait été le siège d'un caillot sanguin, les replis muqueux étaient détruits, les parois atrophiées. Dans le second, il y avait inflexion anguleuse de la trompe, et la muqueuse était atrophiée dans une moitié de l'organe, assez bien conservée dans l'autre.

4. *Hydrosalpinx :* 4 cas. Dans tous les cas, épithélium peu altéré : les replis muqueux étaient dans l'un des cas atrophiés, dans les autres ratatinés. La musculeuse était atrophiée, les vaisseaux comprimés moins nombreux. L'*ostium* abdominal était dans tous les cas atrésié.

5. *Pyosalpinx :* 2 cas. L'affection était l'aboutissant d'une salpingite purulente. *Ostium* abdominal fermé, ou lumière de la trompe oblitérée. Muqueuse détruite, parois infiltrées et hypertrophiées, parois vasculaires très épaissies. (On ne put, non plus dans ces cas, isoler des micro-organismes.)

R. L.

De la pathologie des trompes. (Zur Pathologie der Tuben). Eberth et Kaltenbach. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1889. Bd XVI. Hft 2.

Les auteurs ont étudié ces 3 points de la pathologie des trompes : a) *Anatomie pathologique ;* b) *Pathogénie des ruptures tubaires au cours de la grossesse extra-utérine ;* c) *Etiologie des pyo-salpinx.* Dans chacun de ces chapitres, figure une observation topique, destinée à bien mettre en relief les particularités les plus intéressantes. L'anatomie pathologique du *papillome de la trompe* est l'objet d'une description minutieuse, qu'il faut lire dans le texte.

En ce qui concerne les faits de rupture, Eberth et Kaltenbach ajoutent aux causes habituellement incriminées (surdistension de la trompe par l'œuf en voie continue de croissance, contraction de la paroi tubaire, minceur et fragilité anormales des parois) *la déchirure due aux tiraillements exercés par les cordons pseudo-membraneux auxquels les trompes donnent accidentellement inser-*

tion. Ces cordons seraient le produit de phénomènes de pelvi-péritonite antérieurs. Touchant les pyo-salpinx, les auteurs déclarent qu'ils ont réussi à isoler, d'une manière formelle, dans du pus provenant d'un pyo-salpinx, observé et opéré chez une jeune fille vierge, âgée de 18 ans, des micro-organismes (coccus, diplococcus, quelques rares et courts bacilles à extrémités arrondies). D'après eux, si le résultat a été, ici, positif, c'est vraisemblablement parce qu'il s'agissait d'un cas récent. Les auteurs dont les recherches ont été infructueuses ont eu affaire, sans doute, à des cas anciens, arrivés à une période de leur évolution à laquelle les micro-organismes ont déjà péri. D'autre part, l'absence ou la présence de ces micro-organismes fournit l'explication de ces observations, en apparence contradictoires, que le pus tubaire, faisant irruption dans la cavité abdominale, tantôt ne provoque aucun accident, tantôt au contraire détermine immédiatement une péritonite septique. D'autre part, si l'hypothèse est juste, on en peut conclure que, pour les cas récents, l'ouverture en deux temps du pyo-salpinx, quand elle est possible, est l'opération de choix.

R. L.

Contribution à l'étude de la salpingite gonorrhéique. (Zur Kenntniss der Tubengonorrhæ). A. SCHMITT. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd XXXV, Hft 1.

D'abord, esquisse rapide des phases par laquelle est passée la question de la salpingite gonorrhéique, depuis les études de Nöggerath jusqu'aux recherches d'Orthmann. Le fait important, en quelques sorte indispensable pour étayer l'opinion de Nöggerath, adoptée, à quelque modifications près, par Tait, Sänger, etc., c'était, conformément à l'objection faite par Kröner, une démonstration formelle de la présence des gonococcus spécifiques.

Westermark, le premier, constata, d'une manière indiscutable, la présence d'agglomérats de gonococcus dans le contenu purulent d'une trompe atteinte de pyosalpinx. De même, Orthmann trouva dans du pus, pris sur des trompes enlevées chez une femme mariée à un homme qui avait été plusieurs fois infecté, les mêmes organismes caractéristiques. De plus, la couche superficielle de la muqueuse avait complètement disparu, les replis de la muqueuse étaient réduits à des saillies beaucoup moindres, les dépressions transformées en espaces creux, clos et revêtus d'épithélium cylindrique. La muqueuse fortement infiltrée, présentait en certains

points une sorte de fonte purulente, peu de vaisseaux. Éléments musculaires raréfiés, tissu connectif intermusculaire considérablement augmenté, et, dans son épaisseur, vaisseaux nombreux et à parois épaisses. Or, l'auteur put constater l'existence de cette disposition anatomique sur un fragment de la même trompe envoyée à Brunn par Orthmann.

De l'examen de plusieurs autres préparations, dont il décrit très minutieusement la disposition anatomique, il déduit ensuite les conclusions suivantes : « *Pour l'ensemble, l'état anatomique que l'on trouve, quand on examine des trompes dont la muqueuse est atteinte d'inflammation gonorrhéique, est le même que celui des tissus, et essentiellement que celui de l'épithélium des autres muqueuses qui ont subi la contamination gonorrhéique, lorsque le processus est arrivé à la même phase de son évolution et où, comme ici, il touche à la guérison. Il est rationnel d'induire de là que l'évolution de la gonorrhée récente, aiguë, de la muqueuse tubaire est la même que celle qu'elle affecte quand elle atteint une autre muqueuse anatomiquement similaire* ». Il convient toutefois de noter une différence, c'est que, contrairement à ce qui a lieu dans les autres régions, le pus formé en abondance, loin de pouvoir s'écouler librement, est très souvent retenu, donnant lieu à des collections purulentes, et consécutivement à de la salpingite purulente.

Quant à la présence des gonococcus dans le tissu tubaire — c'était là l'objet principal des recherches entreprises, — SCHMITT *déclare n'avoir pas réussi à la mettre en évidence*. Cette absence de gonococcus tient peut-être au commencement de retour des tissus à l'état normal, et à ce que, au cours du processus de réparation, les organismes ont péri.

Les données actuelles pour établir le rapport de fréquence de la gonorrhée du canal génital à la gonorrhée tubaire, ne sont pas suffisantes. L'auteur a observé 116 cas de gonorrhée chez la femme, et chez 27, il y eut, d'après les symptômes existant, processus phlegmasique secondaire des organes pelviens, propagation à travers l'utérus jusqu'aux annexes, du processus infectieux, soit dans la proportion de 19,8 0/0. Mais, pour quelle part entre dans ce chiffre la gonorrhée tubaire ? Il paraît probable que ce chiffre arrive à peine à 5 0/0.

Date de l'apparition des phénomènes en rapport avec

phlegmasie des annexes, d'origine gonorrhéique. Il semble que la propagation du processus infectieux se fait en moyenne dans les deux premiers mois qui suivent la contamination. Il paraît également vraisemblable que l'infection gonorrhéique aiguë a une tendance à se propager plus grande que l'inflammation chronique, par la raison que la virulence des gonococcus est très atténuée. En terminant, l'auteur traite de la pathogénie de la périmétrite consécutive à la gonorrhée, et il accepte les deux mécanismes suivants : 1) *Périmétrite consécutive à la propagation directe à travers la paroi tubaire d'un catarrhe virulent de la trompe ;* 2) *Écoulement direct du pus gonorrhéique dans la cavité péritonéale.* R. L.

Sur une forme particulière de la pelvipéritonite, par DURET. *Bull de la Soc. des sc. méd. de Lille*, 1888, p. 65.

Dans cette forme on voit, avec les symptômes généraux habituels de la pelvipéritonite, se former rapidement un abondant épanchement de pus dans le cul-de-sac recto-utérin. Il s'agit là probablement de l'ouverture dans le péritoine d'une tubo-ovarite suppurée. L'épanchement purulent dans le cul-de-sac recto-utérin constitue alors le point capital de l'affection ; aussi l'évacuation par une simple ponction et, au besoin, le drainage vaginal, suffit pour amener la guérison. H. H.

Ulcère perforant de la trompe. (Perforirtes Katarrhalischer Tuber Geschwür), par BODE. *Centralblatt für Gynäkologie*, 9 mars 1889, p. 160.

Bode montre une trompe qu'il a enlevée par la laparotomie qui présentait un ulcère perforant.

La malade réclamait une opération à cause des douleurs fréquentes qu'elle éprouvait dans le côté gauche.

Bode constata l'existence d'un cordon qui partait de la trompe et se dirigeait en haut, mais il ne put en déterminer la nature par un simple examen. A l'opération on constata que ce cordon était une portion de l'épiploon qui tamponnait un ulcère perforant au moyen d'adhérences avec la trompe à son niveau et empêchait ainsi une hémorrhagie de se produire.

Après le décollement du cordon épiploïque, on vit jaillir un sang rouge de l'ulcère.

Guérison sans réaction. P. CAROCHE

points une sorte de fonte purulente, peu de vaisseaux. Éléments musculaires raréfiés, tissu connectif intermusculaire considérablement augmenté, et, dans son épaisseur, vaisseaux nombreux et à parois épaisses. Or, l'auteur put constater l'existence de cette disposition anatomique sur un fragment de la même trompe envoyée à Brunn par Orthmann.

De l'examen de plusieurs autres préparations, dont il décrit très minutieusement la disposition anatomique, il déduit ensuite les conclusions suivantes : « *Pour l'ensemble, l'état anatomique que l'on trouve, quand on examine des trompes dont la muqueuse est atteinte d'inflammation gonorrhéique, est le même que celui des tissus, et essentiellement que celui de l'épithélium des autres muqueuses qui ont subi la contamination gonorrhéique, lorsque le processus est arrivé à la même phase de son évolution et où, comme ici, il touche à la guérison. Il est rationnel d'induire de là que l'évolution de la gonorrhée récente, aiguë, de la muqueuse tubaire est la même que celle qu'elle affecte quand elle atteint une autre muqueuse anatomiquement similaire* ». Il convient toutefois de noter une différence, c'est que, contrairement à ce qui a lieu dans les autres régions, le pus formé en abondance, loin de pouvoir s'écouler librement, est très souvent retenu, donnant lieu à des collections purulentes, et consécutivement à de la salpingite purulente.

Quant à la présence des gonococcus dans le tissu tubaire — c'était là l'objet principal des recherches entreprises, — SCHMITT *déclare n'avoir pas réussi à la mettre en évidence.* Cette absence de gonococcus tient peut-être au commencement de retour des tissus à l'état normal, et à ce que, au cours du processus de réparation, les organismes ont péri.

Les données actuelles pour établir le rapport de fréquence de la gonorrhée du canal génital à la gonorrhée tubaire, ne sont pas suffisantes. L'auteur a observé 116 cas de gonorrhée chez la femme, et chez 27, il y eut, d'après les symptômes existant, processus phlegmasique secondaire des organes pelviens, propagation à travers l'utérus jusqu'aux annexes, du processus infectieux, soit dans la proportion de 19,8 0/0. Mais, pour quelle part entre dans ce chiffre la gonorrhée tubaire ? Il paraît probable que ce chiffre arrive à peine à 5 0/0.

Date de l'apparition des phénomènes en rapport avec la

phlegmasie des annexes, d'origine gonorrhéique. Il semble que la propagation du processus infectieux se fait en moyenne dans les deux premiers mois qui suivent la contamination. Il paraît également vraisemblable que l'infection gonorrhéique aiguë a une tendance à se propager plus grande que l'inflammation chronique, par la raison que la virulence des gonococcus est très atténuée. En terminant, l'auteur traite de la pathogénie de la périmétrite consécutive à la gonorrhée, et il accepte les deux mécanismes suivants : 1) *Périmétrite consécutive à la propagation directe à travers la paroi tubaire d'un catarrhe virulent de la trompe ;* 2) *Écoulement direct du pus gonorrhéique dans la cavité péritonéale.* R. L.

Sur une forme particulière de la pelvipéritonite, par DURET. *Bull de la Soc. des sc. méd. de Lille*, 1888, p. 65.

Dans cette forme on voit, avec les symptômes généraux habituels de la pelvipéritonite, se former rapidement un abondant épanchement de pus dans le cul-de-sac recto-utérin. Il s'agit là probablement de l'ouverture dans le péritoine d'une tubo-ovarite suppurée. L'épanchement purulent dans le cul-de-sac recto-utérin constitue alors le point capital de l'affection ; aussi l'évacuation par une simple ponction et, au besoin, le drainage vaginal, suffit pour amener la guérison. H. H.

Ulcère perforant de la trompe. (Perforirtes Katarrhalischer Tuber Geschwür), par BODE. *Centralblatt für Gynäkologie*, 9 mars 1889, p. 160.

Bode montre une trompe qu'il a enlevée par la laparotomie qui présentait un ulcère perforant.

La malade réclamait une opération à cause des douleurs fréquentes qu'elle éprouvait dans le côté gauche.

Bode constata l'existence d'un cordon qui partait de la trompe et se dirigeait en haut, mais il ne put en déterminer la nature par un simple examen. A l'opération on constata que ce cordon était une portion de l'épiploon qui tamponnait un ulcère perforant au moyen d'adhérences avec la trompe à son niveau et empêchait ainsi une hémorrhagie de se produire.

Après le décollement du cordon épiploïque, on vit jaillir un sang rouge de l'ulcère.

Guérison sans réaction. P. CABOCHE

Cellulite pelvienne. (Pelvic cellulitis), par Alex. J. C. Skene. *The Brooklyn med. J.*, janvier 1889, t. III, p. 1.

La cellulite pelvienne, beaucoup plus rare qu'on ne le croyait autrefois, existe néanmoins. Elle peut être *primitive*, et résulte alors soit d'une lymphangite septique consécutive à une solution de continuité du canal génital pendant la parturition, soit de contusions du tissu cellulaire au cours de l'accouchement ou de manœuvres chirurgicales, soit de la rupture de vaisseaux sanguins (hématocèle pelvienne sous-péritonéale). D'autres fois elle est *consécutive* à une pyosalpingite ou à un abcès de l'ovaire. La ponction suivie d'aspiration et d'injection de liquides antiseptiques peut être utile dans certains cas quand l'abcès du tissu cellulaire est en rapport intime avec le vagin, l'incision vaginale est suffisante ; dans les autres cas on aura recours à la laparotomie, de même lorsque l'abcès pelvien est ouvert dans la vessie. La cellulite peut s'étendre au psoas et donner lieu à un abcès dans sa gaine.

Pyélite et néphrite aiguë suppurées causées par la compression d'un uretère par une masse cicatricielle résultant d'un abcès pelvien. (Pyelitis and an acute suppurative nephritis caused by compression of the ureter from a cicatricial mass ; the result of a pelvic abcess), par Leroy Broun. *Med Rec.*, New-York, 1889, t. I, p. 285.

Malade ayant subi deux laparotomies. La première permit d'enlever les annexes de l'utérus, ce qui n'amena qu'un soulagement passager aux douleurs sacrées, à la douleur inguinale gauche et à la fréquence des mictions. Un an plus tard un abcès s'ouvrit spontanément dans la partie droite du vagin. Deux ans après la première laparotomie, sur les instances de la malade, on ouvrit le ventre de nouveau ; on tomba sur une masse adhérente, impossisible à enlever et l'on referma la plaie. 14 jours aprés, la malade étant prise de fièvre, de frissons, de douleurs dans le flanc droit, on rouvrit la plaie à la recherche d'un abcès impossible à trouver. Mort 8 jours après. A l'autopsie, dilatation et épaississement des parois de l'uretère droit ; pyélonéphrite suppurée ; utérus solidement fixé à droite du sacrum par une gangue fibreuse qui remontait le long du psoas et qui contenait dans son centre une petite cavité avec quelques gouttes de pus.

Périmétrite antérieure séreuse simulant un sarcome de l'ovaire au

moment de l'incision exploratrice, etc. (Anterior serous perimetritis simulating ovarian sarcoma when explored by abdominal section. Recovery, with disappearance of the cyst), par ALBAN DORAN. *Trans. of the obstetr. Soc. of London*, 1889, t. XXXI, p. 217.

L'existence, chez une jeune fille de 16 ans, d'une tumeur circonscrite, mobile, fluctuante, ne descendant pas dans la profondeur du bassin, communiquant ses mouvements à l'utérus, sans signe d'inflammation pelvienne, mais accompagnée d'aménorrhée, d'état général médiocre, fit penser à un sarcome de l'ovaire.

Après incision du fascia transversalis, on tomba sur un péritoine épaissi et sur une masse ferme, d'apparence spongieuse laissant suinter un liquide jaunâtre. Comme le péritoine faisait corps avec elle, on referma le ventre sans aller plus loin. Convalescence rapide. Peu de temps après sa sortie de l'hôpital, la malade eut un écoulement vaginal abondant et la tumeur disparut. Guérison avec un utérus en antéversion, peu mobile. Il est probable que si l'on avait incisé un peu plus profondément on aurait ouvert une collection liquide. En effet, tout permet de supposer que l'on a eu affaire dans ce cas à une péritonite antérieure séreuse qui s'est vidée dans le vagin et qui a laissé à sa suite des adhérences de la face antérieure de l'utérus. H. H.

Leçon clinique sur la pyo-salpingite, avec remarques sur les nouvelles idées concernant la paramétrite et la périmétrite. (Clinical lecture on pyo-salpinx, with remarks on the old faith and the new regarding parametritis and perimetritis), par J. W. TAYLOR. *The Lancet.* Lond., 1889, vol. II, p. 581.

Il faut aujourd'hui abandonner les idées anciennes sur la paramétrite, inflammation du tissu cellulaire du ligament large, et la périmétrite, inflammation du péritoine péri-utérin. L'une et l'autre sont des salpingites, ou tout au moins, dans l'un et l'autre cas, c'est la salpingite qui est la maladie essentielle.

Chaque cas de pyo-salpingite justifie une intervention opératoire, car on ne sait jamais ce qu'elle deviendra ; mais l'ablation des annexes n'est pas toujours nécessaire. Il faut explorer l'abdomen, évacuer le pus, et, au besoin, enlever les parties malades.

J. L. FAURE

Métrites aiguës et salpingites. (Acute metritis-salpingitis), par W. Gill WYLIE. *International Journal of surgery,* New-York, juillet 1889, p. 164.

L'auteur croit que l'on diagnostique trop fréquemment pelvi-péritonite, alors qu'il s'agit en réalité d'affections tubo-ovariennes avec augmentation de volume de l'utérus. Dans bien des cas un traitement médical suffit pour amener la guérison. Quelquefois, au contraire, il faut recourir à la dilatation du col et au drainage de l'utérus. Enfin chez quelques malades, lorsqu'il existe des douleurs vives dans le dos et l'abdomen, lorsque la dilatation du col n'est pas douloureuse et que l'utérus n'est pas mobile, la laparotomie avec castration tubo-ovarienne est indiquée.

P. NOGUÈS

De l'influence du curage de l'utérus sur les complications des endométrites, par H. FINKELSTEIN. Th., Paris, 1888-89, n° 388.

S'appuyant sur des observations de Trélat, Picqué, Doléris, l'auteur établit que dans tous les cas d'ovaro-salpingite *non suppurée* il ne faut recourir à la laparotomie, qu'après avoir fait le traitement par le curage de l'endométrite concomitante. Ce traitement peut amener la guérison complète et, dans tous les cas, a l'avantage de préparer l'asepsie des voies génitales.

Étude critique du traitement des salpingites et en particulier la valeur du curettage de l'utérus dans la salpingite catarrhale, par Alexandre RIZKALLAH. Th. Paris, 1888-1889, n° 334.

Dans cette thèse, faite avec des observations du service de M. Pozzi, l'auteur s'élève contre la salpingectomie dans les formes de salpingites, dites catarrhales. Le curettage de l'utérus, suivi d'injections de teinture d'iode constitue, dans ces cas, le traitement de choix. On doit aussi l'appliquer avant intervention plus grave aux pyo-salpingites récentes et peu accusées et aux hémo-salpingites légéres. Les formes catarrhales sont justiciables de la laparotomie quand elles s'accompagnent de douleurs intolérables dues à la dégénérescence polykystique des ovaires ou encore à l'adhérence d'un de ces organes malades à la paroi pelvienne. Mais dans ce cas l'ovariotomie est tout, la salpingectomie n'est en quelque sorte qu'un complément de l'opération.

Étude sur les inflammations périutérines, par A. Routier. *Revue de chirurgie*, 1887, p. 275.

Pour M. Routier, dans l'immense majorité des cas, les suppurations du bassin chez la femme sont liées à des pelvi-péritonites dont le point de départ est une maladie de la trompe et de l'ovaire, d'où l'indication d'une opération pour guérir ces affections. Sur 14 opérées, il a eu 4 morts; 1 d'entre elles ayant été causée par une hémorrhagie, M. Routier a abandonné la section du pédicule au bistouri; après avoir lié son pédicule, il le sectionne au thermocautère, qui, en même temps qu'il stérilise la surface de coupe, fait de l'hémostase par lui-même. H. H.

Traitement des suppurations des annexes de l'utérus (The treatment of suppurative disease of the Uterine appendages), par H. S. Boldt. *Americ. Journ. of obstetrics*. New-York, 1889, t. XXII, p. 262.

Dans quatre cas de pyo-salpingites rompues et ouvertes dans le péritoine l'intervention a donné deux succès et deux morts. Dans ces diverses observations le péritoine était rempli de pus au moment de la laparotomie et l'inflammation avait plus ou moins gagné la séreuse.

Dans les deux cas terminés par la mort, la laparotomie avait été faite le lendemain et le surlendemain de la rupture de la trompe, annoncée par une douleur subite et l'invasion de phénomènes généraux graves.

Dans les deux autres cas, au contraire, la guérison a suivi une intervention précoce (deux heures et quatre heures après la rupture). Le péritoine n'en était pas moins rempli d'une grande quantité de pus. Mais il n'y avait point encore de péritonite proprement dite, et après un lavage très soigné de la séreuse, la suture sans drainage amena la guérison.

Dans deux autres cas cités également, la laparotomie ne fut pas faite, dans l'un d'eux, la malade s'y refusa, et dans l'autre une amélioration passagère avait fait croire à une erreur de diagnostic. L'autopsie permit de vérifier qu'il s'agissait bien encore de l'ouverture dans le péritoine d'une trompe distendue par le pus.

Après avoir relaté et discuté ces diverses observations, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Dans les cas légers, qui guérissent souvent sans intervention

chirurgicale, il faut se garder d'ouvrir le ventre et d'enlever des trompes qui pourraient fort bien rester en place.

Mais, lorsqu'on se trouve en présence de pyo-salpingites aiguës il n'y a pas à hésiter : *Il faut faire la laparotomie, et la faire le plus tôt possible.*

Si l'on a fait, ce que notre auteur considère comme très rare, une erreur de diagnostic, de deux choses l'une : ou on ne trouve rien, auquel cas on se borne à refermer le ventre et la malade en est quitte pour trois ou quatre semaines de repos forcé et huit ou quinze jours de diète, les dangers que l'on court en ouvrant le ventre étant absolument nuls pour un chirurgien « soigneux et expérimenté », — ou bien on trouve quelque kyste de l'ovaire, qu'on enlève au grand bénéfice de la malade, ou encore quelque hydro ou hémo-salpingite, qu'on doit extraire également parce qu'elles peuvent, d'un moment à l'autre, devenir purulentes.

Si au contraire, ainsi que cela se présente dans l'immense majorité des cas, le diagnostic est exact, on procède à l'opération, qui a d'autant plus de chances de réussir qu'elle est faite plus tôt. On évite ainsi de perdre un temps considérable en traitements presque toujours inefficaces, et dans les cas aigus on prévient ces ruptures mortelles, quand on ne les combat pas par une intervention hâtive, toujours plus hasardeuse qu'avant l'irruption du pus dans la cavité péritonéale.

Telle est la conduite à tenir dans ces cas typiques. Il n'y a d'ailleurs que peu de contre-indications. C'est ainsi que l'on n'interviendra pas quand la vie sera menacée à bref délai par quelque autre affection, tuberculose ou carcinome.

On n'interviendra pas non plus, au moins immédiatement, quand l'orifice de communication entre la trompe et l'utérus n'est pas intercepté et que le pus peut ainsi s'écouler par le vagin. Dans ces cas le massage par la méthode de Brandt est une excellente pratique, mais qui demande une grande expérience. Au reste si ce traitement n'amène pas la guérison, on ne reculera pas devant la laparotomie.

J.-L. FAURE

Parallèle de la castration utérine et de la castration tubo-ovarienne, par le Dr PÉAN. *Gazette des hôpitaux*. Paris, 15 janvier 1889, page 40.

L'auteur a pratiqué avec un succès complet deux hystérectomies

vaginales sur des femmes atteintes de suppuration pelvienne et qui avaient déjà subi la castration tubo-ovarienne sans résultat durable. D'après lui, on a tort d'attribuer une part prépondérante aux *salpingites* dans les inflammations suppuratives des organes du petit bassin ; bien des métrites suivies de salpingite catarrhale, et pour lesquelles on ouvre aujourd'hui le ventre, peuvent guérir par les moyens médicaux. Quand il y a lieu d'intervenir, il préfère la castration utérine à la castration tubo-ovarienne, celle-ci étant plus dangereuse et souvent insuffisante. L'hystérectomie vaginale ouvre une voie à l'écoulement du pus qui siège dans les ligaments larges ou dans les trompes, et la brèche qu'elle nécessite est suffisante pour permettre l'ablation des annexes quand elles ne sont pas volumineuses.

P. NOGUÈS

Ovarite. Salpingite. Adhérences, etc., par JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Jour. de méd. et de chir. prat.* Paris, août 1889, et A. Coccoz. Paris, 1889.

J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE s'élève contre la théorie en vogue qui veut que la plupart des inflammations péri-utérines ne soient que des propagations d'une inflammation de la muqueuse de l'utérus à celle de la trompe ; pour lui le rôle principal est dévolu aux lymphatiques.

Lorsqu'une femme souffre de douleurs vives elle a plus qu'une lésion utérine, elle a des lésions latérales à l'utérus, de nature variable du reste (salpingite purulente, tuberculeuse? kystique, catarrhale, par oblitération ; ovarite kystique, purulente, hémorrhagique, adhérences). Les douleurs sont latérales, spontanées et surtout provoquées par les mouvements, encore mieux par la pression directe qu'exerce le chirurgien. Elles sont particulièrement vives au voisinage des époques menstruelles ; celles-ci sont douloureuses, irrégulières, avançant ou retardant, tantôt peu abondantes, tantôt constituant de véritables ménorrhagies. Il y a des écoulements blanchâtres par le vagin, quelquefois des écoulements fétides dus à un mauvais fonctionnement de l'utérus, qui chasse irrégulièrement ses produits de sécrétion. Sur les parties latérales de l'utérus on trouve une tumeur plus ou moins nette. L'utérus est ordinairement volumineux à col gros, mou et fendu.

Ces affections se développent à la suite d'accouchements, d'irri-

tations directes du col, de traumatismes et de perturbation des règles au début du mariage, de cautérisations, d'injections faites avec des canules mal placées, de blennorrhagies, etc.

Les malades maigrissent, souffrent de vomissements, de constipation, d'accidents nerveux variés.

La ménopause, un traitement méthodique, le repos prolongé amènent une réelle amélioration ; mais habituellement ces lésions rendent la vie misérable.

Le seul diagnostic à faire est celui de ces affections et des fibromes ; point n'est besoin de diagnostic différentiel ; il suffit d'affirmer en bloc la présence de lésions de la région des annexes.

Le traitement médical, qui suffit à certaines femmes consistera en bains sulfureux, lavements calmants, laxatifs et révulsions à l'hypogastre (pointes de feu répétées de préférence). A part les cas d'écoulements abondants et fétides, Championnière rejette, d'une façon absolue, les injections vaginales, qui « comptent pour une large part dans la production et surtout dans l'aggravation des maladies utérines et périutérines ». Il rejette aussi, d'une façon absolue la dilatation du col, le curettage et la cautérisation de la cavité utérine. Quant à l'idée de vider la trompe par la cathétérisme de l'utérus, il suffit d'avoir vu une trompe malade pour n'y pas croire.

Le traitement chirurgical doit guérir les malades en les mutilant le moins possible. Dans un grand nombre de cas, il suffit de détacher les adhérences, de libérer l'épiploon, l'intestin, les ovaires ou les trompes pour avoir des résultats satisfaisants. D'autres fois on peut se contenter de l'ablation unilatérale des annexes. Leur ablation bilatérale est suivie de phénomènes rappelant ceux de la ménopause ; il y a une amélioration immédiate qui va croissant à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de l'opération, les phénomènes de congestion utérine se maintenant quelque temps.

L'opération est généralement facile, à part les cas où la tumeur ovario-salpingienne a pénétré le ligament large en le dédoublant.

L. Championnière ne fait avant l'opération aucune purification vaginale ou utérine ; la principale préparation est le repos ; il cautérise les pédicules, mais n'a jamais eu recours ni au drainage, ni au lavage du péritoine. Sur 75 interventions (10 libérations d'adhérences, 65 ablations d'annexes) il n'y a eu qu'une mort.

Pyosalpingite, par L.-G. Richelot. *Sem. méd.* Paris, 1889, p. 329.

Richelot fait suivre l'observation. d'une pyosalpingite guérie par la laparotomie de quelques réflexions sur les indications de l'intervention. Il faut que la lésion soit ancienne, invétérée ; qu'elle détermine des douleurs vives, persistantes, ou qu'elle s'accompagne d'accidents graves (épuisement progressif, péritonites à répétition, etc.). L'incision vaginale est valable dans certains cas, c'est un procédé à la portée de tous ; mais il est aveugle et présente des inconvénients, alors même qu'il s'agit d'une tumeur adhérente au vagin comme avec une dilatation tubaire il peut y avoir un ovaire altéré, avec un kyste ovarique sanguin ou purulent, une salpingite en voie d'évolution, comme la maladie est le plus souvent bilatérale, on fait une opération incomplète ; très souvent on a une fistule interminable, et même quand elle est fermée, la malade n'est pas guérie ; elle peut rester sans forces et dans un état peu brillant. Aussi, quand on sait faire la chirurgie abdominale, on doit préférer la laparotomie qui permet de reconnaître intégralement et d'enlever toutes les parties malades.

De l'extirpation partielle des ovaires et des trompes, par A. Martin. *Berl. Klin. Woch.*, 1er avril 1889, p. 290 et *Volkmann's Sammlung Klin. Vortr.*, 1889, n° 343.

Dans 10 cas, Martin a ouvert le ventre dans le but d'enlever un seul ovaire, mais au cours de l'opération l'autre ovaire ayant été trouvé malade (petit kyste, hydropisie d'un follicule, abcès circonscrit, collection sanguine) il ouvrit par ponction les kystes ou réséqua la partie malade, sutura le reste de l'organe et le réduisit dans l'abdomen. Dans 7 autres cas, après ablation des annexes d'un côté, il trouva de l'autre une trompe oblitérée ; il libéra cette trompe de ses adhérences, et après avoir rétabli sa cavité ou l'avoir ouverte par une incision, il lui sutura l'ovaire sain afin d'assurer le passage de l'ovule dans la trompe.

Dans les 17 cas, guérison rapide avec persistance des règles ; 2 fois cependant Martin fut obligé de rouvrir le ventre pour procéder à une intervention plus large, plusieurs des femmes opérées (30 p. 100) sont déjà devenues enceintes.

Des indications opératoires dans le traitement des affections des trompes. (Ueber die Indikationen zur operativen Behandlung der

erkrankten Tuben), par M. A. Freund, *Volkmann's Sammlung klinische Vorträge,* 1888, nº 323.

La salpingectomie est pratiquée pour des salpingites blennorrhagiques, tuberculeuses ou dues à une infection puerpérale, pour des salpingites catarrhales ou purulentes, pour des hémato-salpingites et pour des grossesses tubaires. Le plus souvent on opère, sans diagnostic bien précis, en se fondant uniquement sur ce qu'on a affaire à un de ces cas dénommés par L. Tait « tubar case ». Il y a cependant de grandes différences dans l'évolution de ces diverses affections. Certaines grossesses tubaires se développent jusqu'à terme sans symptômes bien accusés, tandis que d'autres s'accompagnent dès les premiers mois de rupture de la trompe, suivie de mort ou d'hématocèle rétro-utérine ; certaines salpingites même suppurées guérissent rapidement et définitivement par un traitement approprié, tandis que d'autres sont suivies de pelvi-péritonites à répétition. C'est qu'il y a de grandes différences anatomo-pathologiques entre les salpingites, depuis la grande poche unique et régulière jusqu'à la trompe monoliforme, divisée par une série de rétrécissements et de dilatations multiples.

La raison en est dans un arrêt de développement. Pendant la vie fœtale, la trompe (partie du canal de Müller) subit une torsion en spire, maxima à la trente-deuxième semaine. Par suite de la croissance, de la naissance à la puberté, la trompe s'allonge, se déroule et ne présente plus qu'une légère courbure au voisinage du pavillon. Par suite d'un arrêt de développement, la trompe, chez la femme adulte, peut rester contournée, présentant des cavités plus ou moins séparées les unes des autres. Il y aura alors prédisposition à la grossesse extra-utérine et cette grossesse sera suivie de rupture précoce de la poche qui est petite et à parois minces. De même la rétention de liquides septiques se fera facilement dans ces trompes infantiles.

Ces distinctions sont importantes en thérapeutique. Il faut enlever les trompes infantiles malades, tandis que le séjour au lit, les résorbants, l'antisepsie vagino-utérine, au besoin la ponction par le vagin et la salpingotomie suffisent pour guérir les maladies de la trompe normale.

On ne peut que rarement reconnaître par le simple examen bimanuel cet état infantile de la trompe, on est en droit de le

supposer chez les femmes mal développées, dont le système osseux a conservé le type infantile (colonne vertébrale presque rectiligne, bassin peu incliné et pas élargi, hanches étroites, sacrum sans incurvation). Ces femmes ont un visage enfantin, des seins peu volumineux, un pénil peu saillant avec peu de poils, des grandes lèvres trop petites laissant voir les nymphes et le clitoris, un vagin court, étroit, à colonnes souvent doubles et à cul-de-sac postérieur peu profond, un utérus petit, en antéflexion, avec un orifice du col très petit. En même temps il y a une hypoplasie du système circulatoire, un estomac petit et vertical, des reins lobulés, etc.

Grâce à ces données, on peut séparer les cas où l'opération radicale est indiquée de ceux où un traitement simple suffit à amener la guérison.

Traitement des inflammations pelviennes. (Treatment of pelvic inflammations), par M. Rosenwasser. *The Journal of the Americ. med. assoc.*, Chicago, 4 mars 1889, t. XII, p. 616.

Opérer hâtivement dans les pyo-salpingites ; traiter les hémato et les hydrosalpinx suivant des indications spéciales, et en se laissant guider par l'existence de poussées de péritonite menaçant la vie ou tout au moins troublant sérieusement la santé.

H. H.

Castration, par Schauta (de Prague). *Wiener med. Presse*, 1889, n° 31, p. 1265.

Le professeur Schauta (de Prague) a fait la castration d'une femme qui, atteinte de salpingo-ovarite-bilatérale blennorrhagique, souffrait de dysménorrhée et, à chaque période menstruelle, d'une urticaire étendue. Depuis la castration l'urticaire n'a plus reparu et la malade, revenue à la santé, a été présentée par Pick au Congrès de la Société allemande de gynécologie.

A. Broca.

De la castration et de la salpingectomie chez les malades hystéro-épileptiques (La castrazione e la salpigectomia nelle denne istero-epilettiche). O. Marchionneschi, *Annali di ostetricia e ginecologia*, Firenza, août 1889, p. 337.

L'auteur fit cette opération chez une malade qui présentait jusqu'à dix crises violentes par jour, que ni l'hypnotisme, ni la suggestion, ni la simulation pour opération ne purent faire dispa-

raître. Le succès fut complet, l'opérée ayant continué à être réglée. Marchionneschi fait la statistique des cas analogues ; il conclut que dans la castration le retour des règles s'observe 35 %, et dans l'ovaro-salpingectomie 19 %.

P. MAUCLAIRE

Contribution aux opérations en gynécologie (Nuove contribuzioni di ginecologia operativa). Dr NEGRI. *Annali di ostetricia e ginecologia,* juillet 1889.

L'auteur rapporte quatre cas d'ovaro-salpingectomie bilatérale, pour salpingo-ovarites, puis deux cas d'ovariotomie, une laparotomie explorative pour tumeur maligne et enfin une extirpation totale d'un utérus cancéreux par la voie vaginale dans laquelle il fit la ligature en masse des ligaments larges. Ces huit opérées guérirent rapidement et sans complications.

MAUCLAIRE

NÉCROLOGIE

Isaac E. Taylor.

Isaac E. Taylor, président du collège médical de Bellevue Hospital à New-York, vient de mourir subitement le 30 octobre dernier. Né à Philadelphie le 25 avril 1812, il fit pendant quelques années du commerce après avoir terminé ses études médicales. Puis, revenant à la pratique de la médecine, il se rendit en 1840 à Paris, où il suivit pendant un an le service de Cazeaux. Médecin de l'hôpital Bellevue, il y devint professeur d'obstétrique. C'est principalement à cette branche de l'art médical que son nom restera attaché par de nombreux travaux.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1889

TRAVAUX ORIGINAUX

MODE D'EMPLOI ET AVANTAGES DES PESSAIRES A ANNEAU EN CELLULOIDE

Par le professeur **Schultze**, d'Iéna.

L'emploi si fréquent d'un certain nombre de pessaires préparés d'avance pour régulariser la situation de la matrice et la maintenir, le choix de ces appareils et leur application dans la cavité vaginale ont été appréciés par Marion Sims dans ses *Clinical notes on uterine Surgery* (Lond., 1866) d'une manière fort exacte ; il compare cette manière d'agir à celle d'un dentiste qui voudrait adapter le même dentier à toutes les mâchoires.

Les variétés individuelles du vagin, et les exigences personnelles de l'état pathologique, qui réclament un pessaire, sont si diverses, qu'on peut dire avec raison que pour chaque cas il est nécessaire de confectionner un pessaire spécial.

Marion Sims confectionnait toujours les siens avec des anneaux faits avec un alliage d'étain et de plomb. Conformément à ces idées, je confectionnai vers la fin des années 60 des anneaux en fil de cuivre revêtus de caoutchouc qui

ont été très répandus. Les anneaux en alliage d'étain et ceux de cuivre revêtus de caoutchouc sont faciles à manier et donnent la facilité de leur donner la forme spéciale que chaque cas réclame. Il faut une certaine habileté pour apprécier les exigences de chaque cas et donner à chaque cas le pessaire qui lui convient.

Les anneaux en celluloïde qui, sur mes indications, ont été construits par la fabrique de celluloïde et de caoutchouc de Mannheim sont bien préférables aux anneaux en étain ou en fil de cuivre couverts de caoutchouc. Ils se ramollissent facilement dans l'eau chaude, sont rendus flexibles et conservent ensuite la forme qui leur a été donnée. Ils sont sensiblement plus légers, plus lisses, et se conservent tels, car la sécrétion vaginale n'altère pas le poli de leur surface, même pendant un séjour de plusieurs années dans cette cavité.

Les pessaires en celluloïde n'irritent pas la muqueuse vaginale et ne donnent pas lieu à une odeur fétide de la sécrétion de cette muqueuse, à condition, toutefois, que la situation normale de la matrice ait été préalablement rétablie, que l'indication du traitement par ce moyen ait été bien posée, que la grandeur de l'anneau et sa grosseur aient été bien déterminées et que la forme du pessaire soit bien adaptée à chaque cas.

Les anneaux en celluloïde réunissent tous les avantages des anneaux en étain et de ceux en fil de cuivre couverts de caoutchouc : facilité de leur donner la forme qui convient à chaque cas, solidité et conservation du poli de leur surface.

Pour donner à l'anneau en celluloïde la forme qui convient, on le plongera dans l'eau bouillante ; après deux ou trois minutes, il est complètement ramolli ; il peut avec la main recevoir la forme qui convient ; il conserve invariablement la forme qui lui a été donnée.

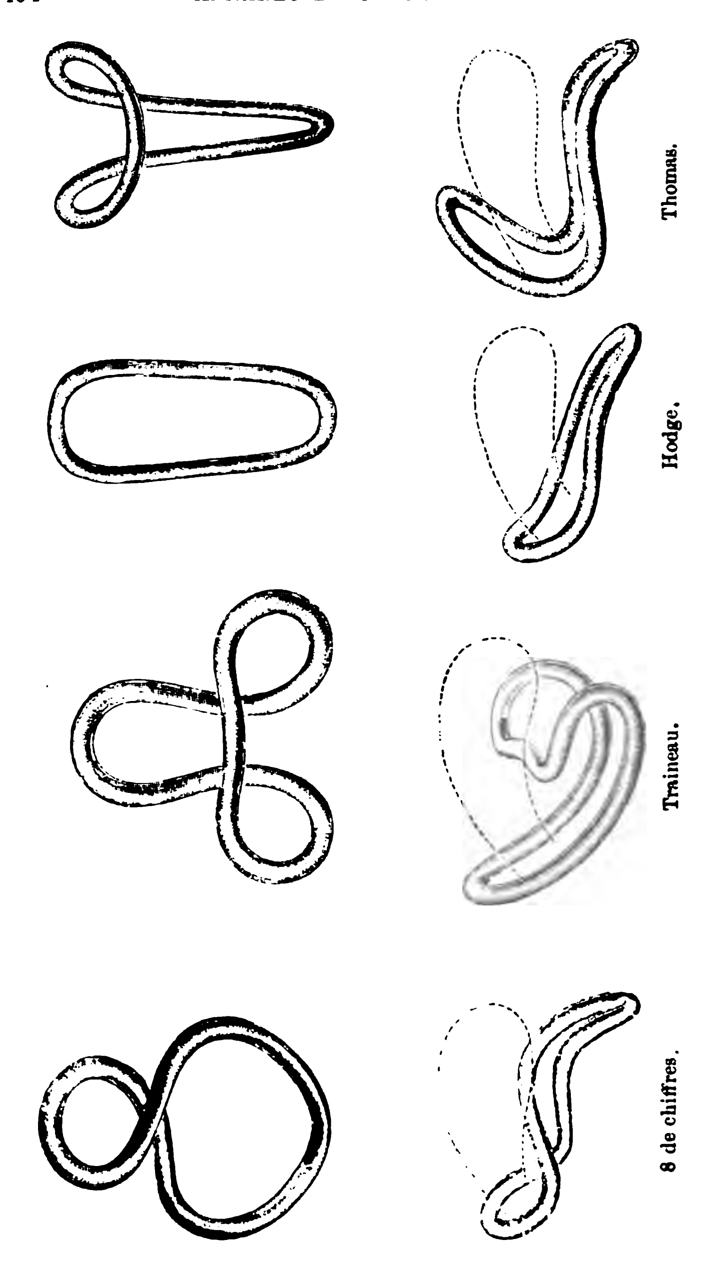
La rétroflexion, la rétroversion et la descente de matrice sont essentiellement modifiables et susceptibles d'être amendées par le pessaire d'une manière durable.

Ce n'est pas l'application du pessaire qui rétablit la situation normale de la matrice, aucun pessaire ne peut produire ce résultat. Toujours il est nécessaire de corriger d'abord la situation anormale. En cas de rétroversion, ou rétroflexion, il faudra avoir soin de commencer à vider la vessie et de ramener ainsi d'abord le fond de la matrice. La reposition à l'état normal s'obtient le mieux, avec le plus de ménagements et de sûreté, en agissant sur la matrice par deux doigts de la main droite introduits dans le vagin, pendant que la main gauche, appliquée sur la paroi abdominale, soutient et achève ce mouvement qui a pour but de ramener le fond de l'utérus en avant; ce n'est qu'après que cette manœuvre aura produit le mouvement cherché que le pessaire pourra être appliqué avec succès.

Il remplit alors la tâche qui lui est imposée, qui est de maintenir la matrice dans sa place normale, sans gêner les mouvements normaux de cet organe.

Les formes des pessaires qui, après une rétroflexion, rétroversion, ou un abaissement de la matrice réussissent le mieux à la maintenir dans sa situation normale sont ceux en 8, en traîneau, la forme de Hodge, et celle-ci modifiée par Gaillard Thomas. Dans la plupart des cas de rétroflexion c'est la forme en 8 qui est le mieux appropriée au maintien de la matrice. En cas de relâchement considérable de la paroi vaginale antérieure, et de descente de matrice, la forme en traîneau réussit mieux. Dans un vagin long et résistant l'anneau de Hodge suffit. Si le vagin est à la fois long et flasque, surtout dans sa partie postérieure, c'est la forme de Thomas qui rendra le plus de services. La forme en 8 et celle de Thomas sont celles que j'emploie le plus souvent. Ci-contre se trouve la représentation de ces formes diverses vues de face et de profil; dans ces dernières figures la direction de la matrice est figurée par une ligne ponctuée, la vessie ayant été préalablement vidée.

L'anneau en celluloïde se prête naturellement à toutes les formes qui peuvent être nécessaires, quelle que soit la forme


Thomas.
Hodge.
Traineau.
8 de chiffres.

qui ait été donnée au pessaire. Il ne devra jamais faire saillie au dehors de la vulve ; l'accès de l'air dans le vagin qui en résulterait, pourrait occasionner un catarrhe vaginal et une endométrite avec ses fâcheuses conséquences.

Quelle que soit la perfection avec laquelle un pessaire aura pu être construit, et l'affranchissement de toute souffrance qui en résulte pour les femmes, il est nécessaire qu'il soit examiné tous les six mois. Une solidité normale ou à peu près normale, une certaine élasticité du plancher pelvien sont les conditions indispensables d'une action heureuse du pessaire ; quand cette résistance a disparu par suite d'une rupture du périnée ou d'un relâchement considérable des tissus, cette résistance devra être rétablie par la voie opératoire.

On trouvera de plus amples détails sur le traitement des déviations utérines dans ma leçon clinique sur les « *Indications précises dans le traitement de l'antéversion, de la rétroversion et des flexions utérines* dans la collection des *Leçons clin. de Volkmann*, n° 176 (Breitkopf et Haertel, 1879), et dans mon *Traité des déviations utérines* (Berlin, chez Hirschwald, 1881), trad. en français par F. J. Herrgott, prof. à la Faculté de méd. de Nancy. Paris, 1881 (v. in-8 av. fig., chez O. Doin).

HOTEL-DIEU — SERVICE DE M. TILLAUX

RÉTROFLEXION ACCIDENTELLE ET INSTANTANÉE DE L'UTÉRUS
GUÉRISON IMMÉDIATE PAR LE REDRESSEMENT

Messieurs, j'ai à vous entretenir aujourd'hui d'une femme couchée au n° 10 de la salle Ste-Marthe, exerçant la profession de cuisinière, âgée de 37 ans. Les règles apparurent à 13 ans et depuis cette époque furent toujours normales.

Jamais d'hémorrhagies. Cette femme eut un enfant il y a 10 ans; la grossesse et l'accouchement se passèrent sans complication et elle se rétablit complètement. Pas de fausses couches. Bref, la santé avait toujours été parfaite jusqu'à la maladie actuelle.

Le 23 septembre dernier (remarquez qu'elle précise exactement la daté) cette femme fit un violent effort pour tirer un lit et tout aussitôt elle ressentit une vive douleur dans le bas-ventre, une sensation très pénible de pesanteur du côté du rectum. Les règles apparurent 8 jours avant l'époque habituelle, durèrent 11 jours et les douleurs persistèrent durant tout ce temps. Il survint ensuite un peu de calme sans que cependant la malade cessât de souffrir. Les douleurs se manifestaient surtout au moment des selles et persistaient quelque temps après.

Depuis 3 semaines, l'état s'est sensiblement aggravé : les douleurs durent cinq ou six heures après la selle et la malade les compare à une sensation de déchirement dans le bas-ventre. La station debout est très pénible et au bout d'une heure, la femme éprouve dans le bas-ventre une sensation de brûlure qui l'oblige à se recoucher. Elle ne peut reposer autrement que sur le dos et dès qu'elle se tourne sur l'un ou l'autre côté, les douleurs augmentent. Ces douleurs sont principalement localisées à droite, dans la région ovarienne. La pression en ce point est intolérable sans qu'on puisse à l'aide du palper en trouver l'explication.

Le ventre n'est pas ballonné ; il est de volume ordinaire et sonore sur toute son étendue. La miction est normale.

La malade n'a pas de fièvre et l'appétit est conservé.

Voyons maintenant ce que nous fournit le toucher utérin.

Le col présente une direction sensiblement normale, quoique cependant légèrement porté en avant vers le pubis. L'orifice est un peu élargi, déchiqueté. On n'arrive pas à sentir le corps de l'utérus par le toucher bimanuel. Par contre l'exploration du cul-de-sac postérieur nous fournit des notions précieuses : nous y constatons la présence d'une

tumeur ferme, lisse, arrondie, en continuité manifeste avec le col. Ces deux parties forment entre elles un angle obtus très facilemeut appréciable avec le doigt. La pression exercée en ce point détermine une douleur vive, mais, caractère très important à noter, la tumeur se déplace, fuit sous le doigt, est réductible, ce dont nous aurons à tirer un grand parti à propos du traitement.

Le toucher du cul-de-sac postérieur nous révèle encore autre chose : à gauche de la tumeur que je viens de signaler (et je vous rappelle, messieurs, que vous devrez toujours explorer le cul-de-sac gauche avec la main gauche sous peine d'omission grave), à gauche donc, on trouve une seconde tumeur indépendante de la première dont elle est séparée par un sillon perceptible au doigt. Ce sillon est sans doute peu marqué, et exige pour être perçu un toucher assez délicat, mais enfin il est très manifeste. Cette seconde tumeur, plus petite que la précédente, du volume d'une noix environ, également lisse et arrondie, présente une sensibilité tellement exquise qu'il n'est pas possible même d'en frôler la surface avec le doigt sans faire pousser à la malade un cri de douleur.

On ne trouve rien d'analogue dans le cul-de-sac droit.

Le toucher rectal permet de constater l'existence des deux tumeurs précédentes et il n'est douloureux que lorsque le doigt arrive à les rencontrer. Il n'existe pas d'hémorrhoïdes. L'anus est sain, sans fissure.

De quelle affection est atteinte notre malade ?

Il n'est pas douteux qu'il existe une rétroflexion de l'utérus avec un très léger degré de rétroversion. Dans une leçon précédente j'ai insisté sur le diagnostic de la rétroflexion et je n'y reviendrai pas aujourd'hui, vous rappelant seulement que le signe à peu près pathognomonique est la continuité bien constatée entre le col et le corps de l'utérus au niveau de l'angle que forment les deux parties de cet organe infléchi. Mais ce qui me paraît remarquable dans le cas particulier et digne de fixer votre attention, c'est le mode de production de cette déviation utérine.

Il nous est en général très difficile, lorsque nous constatatons l'existence d'une rétroflexion, de savoir à quelle époque elle remonte, d'en reconnaître la cause exacte, d'en saisir le mécanisme ; or, il ne me paraît pas douteux que la rétroflexion constatée chez notre malade date seulement du 23 septembre dernier, qu'elle s'est opérée brusquement à la suite d'un effort violent. L'utérus s'est infléchi à l'union du corps et du col à la manière d'un ressort et a conservé cette position. Nous sommes donc en présence d'une rétroflexion en quelque sorte aiguë et ces cas, bien que signalés par les auteurs, sont loin d'être fréquents ou du moins atteignent rarement le degré de netteté que présente celui-ci.

Quant à la seconde tumeur, plus petite, celle qui occupe le cul-de-sac gauche du vagin, il est bien évident que c'est l'ovaire gauche. On ne concevrait pas d'ailleurs que le fond de l'utérus fût attiré en arrière et en bas sans entraîner avec lui les ovaires qui s'y trouvent rattachés par un ligament très court.

Un point d'une haute importance est de déterminer si les douleurs intenses qu'accuse la malade tiennent uniquemeut à la déviation utérine ou bien s'il faut plutôt les rattacher à une inflammation de l'utérus et des annexes.

Or, il n'existe aucune espèce d'écoulement par le vagin; les règles sont revenues dans les conditions normales, il n'y a donc pas d'endométrite. L'utérus est plutôt petit que gros ; il est donc vraisemblable qu'il ne s'agit pas de métrite parenchymateuse.

Je vous ai déjà dit qu'en exerçant avec le doigt une pression sur le corps de l'utérus, on pouvait mobiliser cet organe. J'ajoute qu'en imprimant au col des mouvements latéraux et surtout d'avant en arrière, on sent très nettement que le corps suit ces mouvements et qu'il bascule en avant lorsque le col est porté en arrière. De ces signes, nous pouvons conclure que l'utérus est mobile, libre de toute adhérence, réductible et que par conséquent la périmétrite fait défaut.

Je suis un peu plus embarrassé relativement aux ovaires.

Nous avons vu que la région ovarienne droite était très douloureuse spontanément et à la plus légère pression de l'abdomen. L'ovaire gauche est accessible par le vagin et paraît le siège d'une douleur extrêmement vive. Aurions-nous donc affaire à une double ovarite, à une salpingo-ovarite qui aurait déterminé la rétroflexion dont le rôle serait par conséquent très secondaire ? Vous comprendrez, messieurs, sans qu'il soit nécessaire d'y insister toute l'importance de cette donnée au point de vue du traitement.

La question est assez délicate à résoudre; cependant, je crois à l'intégrité complète des annexes et voici pourquoi. Les salpingo-ovarites sont à peu près toujours consécutives à une endométrite, or, cette femme n'en présentait aucune trace au moment de l'accident et aujourd'hui encore elle en est indemne. La malade souffre beaucoup, il est vrai, se trouve réduite à une impuissance absolue, mais elle n'a pas la moindre fièvre, l'état général est bon, l'appétit est conservé. Elle peut être sous ce rapport comparée à un sujet atteint de luxation non réduite. J'ajoute que l'ovaire gauche, le seul accessible à l'exploration directe ne m'a pas paru augmenté de volume. Reste donc la douleur comme signe de salpingo-ovarite ; mais l'ovaire sain est de même que le testicule très sensible au toucher et d'ailleurs son déplacement n'est pas sans exercer quelques tiraillements bien capables d'expliquer cette douleur.

Je crois donc pouvoir ainsi formuler le diagnostic : rétroflexion utérine subite, instantanée sans inflammation ni de l'utérus ni des annexes.

Si la déviation utérine est la cause unique des douleurs (et je ne puis me l'expliquer que par la distension brusque du plexus nerveux utéro-ovarien), il est évident que l'indication qui s'impose est de redresser l'organe.

Je vous rappelle, messieurs, que le traitement chirurgical de la rétroflexion est entré depuis ces dernières années dans une phase nouvelle. On a pensé, et avec raison, qu'il pouvait ne pas suffire de redresser la matrice, mais qu'il fallait

encore la maintenir redressée : de là est né le procédé d'Alexander qui consiste à attirer l'utérus en avant à l'aide des ligaments ronds préalablement découverts dans le canal inguinal, à les raccourcir et à les fixer au niveau du pubis. De là encore le procédé de ventro-fixation, mieux désigné par le professeur Trélat sous le nom d'hystéropexie, qui consiste à suturer la face antérieure de l'utérus à la paroi abdominale. Il serait peut-être prématuré de porter un jugement absolu et même relatif sur la valeur de ces deux opérations ; d'ailleurs, j'estime qu'il ne saurait être question de les appliquer à notre malade. Ce n'est pas que cette dernière s'y opposât en aucune façon, car elle est décidée à tout pour sortir d'une situation aussi douloureuse, mais nous emploierons tout d'abord un procédé de redressement plus simple, quitte à recourir à l'un des précédents en cas d'échec.

La malade étant endormie au chloroforme, et placée sur le bord d'une table dans la position du spéculum, j'introduirai dans l'utérus un hystéromètre, le plus volumineux possible, l'instrument sera poussé doucement jusqu'à la rencontre du fond de l'utérus. Abaissant alors le manche de l'hystéromètre, la matrice sera ainsi peu à peu reportée en avant et la main gauche appliquée sur l'hypogastre permettra de constater que le fond de l'organe touche la paroi. L'instrument sera alors retiré et j'appliquerai tout de suite un tampon de gaze iodoformée entre le pubis et le col utérin afin d'empêcher ce dernier de se reporter en avant.

Je suis certain de réussir, puisque l'utérus est mobile, mais l'organe conservera-t-il la position que nous allons lui donner ? c'est au moins douteux et cependant je conserve sous ce rapport un certain espoir en raison de la production instantanée de la rétroflexion. De même que l'organe a conservé la direction vicieuse en arrière à la suite d'un violent effort, pourquoi ne conserverait-il pas l'inflexion en avant que nous lui imprimerons mécaniquement ?

Messieurs, le redressement de l'utérus que j'ai pratiqué

dans notre précédente réunion s'est opéré, ainsi que nous l'avions prévu, avec la plus grande facilité. Quant au résultat, il a été véritablement surprenant et a dépassé, je dois le dire, mes espérances. A peine la malade était-elle réveillée qu'elle déclarait avec étonnement ne plus rien sentir dans le ventre, mais nous pouvions en attribuer la cause principale au chloroforme. Ce matin, 48 heures après l'opération, vous avez pu l'entendre nous déclarer avec une joie non dissimulée que depuis le redressement, elle n'éprouve plus la moindre douleur et qu'elle se trouve dans les mêmes conditions de santé qu'avant son accident du 23 septembre. En définitive, il s'est produit là ce que nous observons journellement dans les luxations des membres où la douleur disparaît immédiatement après la réduction. Nous en pouvons donc conclure que chez notre malade, la rétroflexion avait été accidentelle et instantanée et que la déviation utérine constituait bien à elle seule toute la maladie.

Depuis quatorze jours que le redressement de la matrice a été opéré, les douleurs n'ont pas reparu. Je dois dire toutefois que les règles survenues ces jours derniers ont été un peu douloureuses au moment de leur apparition, mais en définitive la malade se considère comme guérie.

Dans quelle situation se trouve actuellement l'utérus ? Eh bien je dois vous dire que mon espoir ne s'est pas réalisé : le corps est de nouveau porté en arrière, cependant la malade n'éprouve aucun des inconvénients si pénibles qu'elle accusait antérieurement. Comment expliquer ce fait ? Je vous ferai remarquer qu'un grand nombre de femmes sont atteintes de rétroflexion sans qu'aucun phénomène la révèle. Il est probable qu'il s'agit alors d'une déviation moins prononcée ou qui s'est effectuée lentement de manière à ne pas agir brusquement sur les plexus nerveux utéro-ovariens. Nous aurions donc par notre intervention modifié favorablement en ce sens la rétroflexion sans que le toucher permette de constater nettement une nuance aussi délicate. Quoi

qu'il en soit de l'explication, nous avons guéri notre malade, au moins temporairement et si les accidents apparaissent de nouveau, je n'hésiterais pas à lui proposer une hystéropexie qui me paraîtrait alors absolument indiquée et serait presqu'à coup sûr suivie d'une guérison définitive.

UN CAS DE RÉTENTION FŒTALE (1)

Par le Dr **Alphonse Herrgott**,

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Nancy.

Mme E..., âgée de 34 ans, enceinte pour la deuxième fois, entre dans mon service à la Maternité de Nancy, le 26 mars 1889.

Menstruée régulièrement depuis l'âge de 15 ans, elle s'était mariée à 17 ans, et deux ans après, en 1874, elle était accouchée très facilement d'une fille qu'elle avait pu nourrir et qui est bien portante actuellement.

Depuis son accouchement jusqu'au 14 juillet 1888, époque de ses dernières règles, la santé de Mme E.... avait été excellente. Les fonctions urinaires et digestives s'exécutaient très normalement, il n'y avait pas de leucorrhée, et rien ne faisait prévoir les troubles graves qui allaient surgir, lorsque, vers le 20 août, quelques jours après avoir été effrayée à la vue d'une bataille entre hommes ivres, elle fut prise d'un ténesme vésical considérable avec rétention incomplète d'urine.

Le 24 août la miction devenait impossible et on était obligé d'appeler un médecin pour pratiquer le cathétérisme. Depuis cette époque la malade garda le lit et pendant les deux mois qui suivirent elle dut être sondée deux fois par jour ; les urines étaient cependant claires et limpides. En même temps, Mme E... se plaignait de violentes douleurs

---

(1) Travail présenté à l'Académie de médecine le 3 décembre 1889.

dans le bas-ventre qui survenaient d'une manière intermittente deux ou trois fois par jour et qui n'étaient produites ni exaspérées par la pression. Les garde-robes étaient très difficiles et très pénibles et ne s'effectuaient qu'à l'aide de purgations. Elle avait aussi des vomissements alimentaires fréquents.

Un jour, dans le courant de septembre, le médecin qui la soignait crut sentir un calcul vésical avec l'extrémité de sa sonde. Il appela M. le professeur agrégé Rohmer pour l'opérer. Ce dernier, après l'avoir examinée avec soin ne trouva pas de calcul, mais crut reconnaître que l'utérus probablement distendu par un produit de conception était en état de rétroversion.

Les troubles dans l'émission des urines persistèrent jusque dans le milieu d'octobre. A partir de ce moment la malade put uriner spontanément, et, son ventre qui était resté assez plat, commença à augmenter de volume, mais d'une façon irrégulière. Elle aurait d'abord constaté l'existence d'une tumeur qui aurait atteint rapidement l'ombilic, puis il s'en serait développé une seconde qui n'aurait pas tardé à envahir tout le flanc droit.

Au mois de janvier, c'est-à-dire six mois après l'apparition de la dernière époque menstruelle, Mme E... aurait senti dans l'hypocondre droit, mais très faiblement, les mouvements de l'enfant. M. le professeur agrégé Remy qui lui donnait des soins depuis le mois de novembre n'a jamais pu les percevoir. L'auscultation ne lui a jamais permis non plus de découvrir des battements qui ne fussent pas isochrones avec le pouls maternel.

Vers le milieu de février, le ventre devint sensible à la pression ; il se météorisa et tout mouvement devint douloureux. L'appétit disparut presque complètement, les vomissements se répétèrent plus fréquemment, ils étaient bilieux, verdâtres, et la constipation fut encore plus considérable qu'au début.

Les mouvements de l'enfant s'affaiblirent peu à peu, ils

devinrent plus rares et vers le 10 mars la mère finit par ne plus les percevoir.

La distension abdominale sembla diminuer un peu, mais comme l'etat général loin de s'améliorer s'aggravait de jour en jour, M[ne] E... se décida, sur les conseils de M. Remy, à venir se faire soigner à la Maternité.

A son entrée, je trouve M[me] E... très débilitée et très amaigrie, elle ne peut quitter son lit. Elle ne dort plus, ses fonctions digestives sont très altérées; l'appétit est nul et les garde-robes difficiles. La température est de 38°,6 le soir; le matin le thermomètre marque 37°. Le pouls est petit, fréquent, 128. Les seins sont flasques et peu développés, on fait sortir un peu de colostrum par la pression.

L'abdomen présente une augmentation de volume considérable, sa forme est irrégulière; son grand diamètre qui est transversal est dirigé de droite à gauche et de haut en bas. Par la palpation qui, même légère, est douloureuse, on délimite nettement une tumeur médiane, dure, assez régulière, s'étendant du détroit supérieur à l'ombilic. Elle est surmontée de deux petites tumeurs, rénitentes et mobiles, de la grosseur d'un œuf, qui semblent greffées sur elle.

A ce niveau le fond de la tumeur s'élève brusquement vers l'hypocondre droit de manière à former un angle ouvert en haut et à gauche. Cette tumeur qui envahit tout le flanc droit remonte jusqu'à quatre centimètres du rebord des fausses côtes. Sa consistance est moins ferme que la tumeur précédente, elle est même un peu rénitente. Bien qu'en raison de la forte tension de cette tumeur et de la sensibilité de l'abdomen, il soit très difficile de pratiquer la palpation profonde, on parvient cependant à faire balloter une partie fœtale, arrondie, mais il ne nous est pas possible d'affirmer que ce soit l'extrémité céphalique.

C'est dans cette région également que M[me] E... dit qu'elle percevait, il y a une quinzaine de jours, les mouvements du fœtus.

La circonférence du ventre prise à la hauteur de l'ombilic est de 112 centimètres.

A l'auscultation on n'entend qu'un souffle utérin un peu au-dessous de l'ombilic et surtout à gauche. Je ne découvre nulle part de battements redoublés.

Par le toucher, je trouve le cul-de-sac postérieur distendu par une masse arrondie, dure, de consistance fibreuse, recouvrant presque complètement le détroit supérieur et remplissant la moitié de l'excavation. En avant, derrière la symphyse pubienne, et légèrement à droite, le doigt pénètre dans un canal au fond duquel *doit* se trouver le col utérin, mais il est impossible de l'atteindre. En présence de ces faits, je crois pouvoir conclure que Mme E..., vraisemblablement enceinte depuis la deuxième quinzaine de juillet, se trouve arrivée au commencement du neuvième mois, que le fœtus a succombé depuis quelques jours et que tous les accidents qui ont été observés sont dus à la présence d'une tumeur fibreuse développée dans la partie inférieure gauche de l'utérus. Cette tumeur, qui, avant la grossesse, n'avait manifesté sa présence par aucun symptôme, qui était, en quelque sorte, à l'état latent et qui vraisemblablement devait avoir été peu volumineuse, avait subi un accroissement rapide sous l'influence de la suractivité imprimée à l'utérus par la fécondation. Pendant les premiers mois elle avait occasionné ces phénomènes de compressions vésicale et rectale qui avaient nécessité un cathétérisme bi-quotidien et l'emploi de purgatifs énergiques ; puis, l'utérus se développant peu à peu, s'élevant au-dessus de la symphyse pubienne et entraînant avec lui ce néoplasme, avait désobstrué l'excavation, ce qui avait permis à la malade d'uriner de nouveau spontanément.

Mais cette tumeur *devenue abdominale* avait continué à s'accroître et formait la plus grande partie de la masse dure qui partait de l'excavation pour remonter jusqu'à l'ombilic. Quant au fœtus, il s'était développé dans la corne utérine qui s'élevait dans le flanc droit jusqu'au niveau des fausses côtes.

La situation, on le voit, était grave, et, ce n'était pas sans anxiété que je me demandais comment l'expulsion du fœtus pourrait s'effectuer. Cependant je dois avouer que le souvenir de cas analogues qui s'étaient terminés spontanément par un mécanisme de désobstruction pelvienne bien étudié en 1868 à la Société de chirurgie par MM. Depaul, Blot, Guéniot et Tarnier, m'avait laissé espérer qu'il ne serait peut-être pas nécessaire d'avoir recours à l'opération césarienne.

En tout cas, comme le fœtus était mort, il n'y avait pas à en arrêter le développement en interrompant le cours d'une grossesse par un accouchement qu'il m'aurait été, vu la situation du col, impossible de provoquer.

Je n'avais donc qu'à attendre le commencement du travail, en cherchant à utiliser le laps de temps qui pourrait exister jusqu'à ce moment pour remonter l'état général de ma malade qui était très précaire; l'inappétence était complète, et des vomissements bilieux fréquents l'affaiblissaient beaucoup.

Les jours qui suivent son entrée à la Maternité sont meilleurs ; le pouls reste toujours fréquent, 110, mais la température s'abaisse et devient presque normale; les vomissements sont plus rares, l'appétit même semble reparaître et Mme E... peut dormir pendant quelques heures.

Le 6 avril, elle perd une certaine quantité d'un liquide clair que l'on suppose être du liquide amniotique, bien qu'il n'en ait pas franchement l'odeur. Le ventre diminue de volume, circonférence 107 centimètres, et la tumeur qui est surtout située à gauche semble descendre un peu dans l'excavation ; elle remonte moins haut. Les deux petites tumeurs greffées sur elle sont à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le 9 avril la malade perd un liquide rougeâtre contenant quelques petits fragments membraneux qui, examinés au microscope, ne présentent rien de caractéristique et dont il n'est pas possible de reconnaître l'origine.

Cet écoulement dure jusqu'au 24 avril ; pendant ce temps

les seins deviennent plus volumineux, ils sont turgescents et il s'en écoule du lait à la pression.

Le volume de l'abdomen continue à diminuer progressivement ; le 27 avril, époque qui correspond à la fin du neuvième mois de la gestation, sa circonférence n'est plus que de 98 centimètres.

Cet écoulement qui ressemble par sa couleur et sa durée à des lochies, cette absence de travail chez une femme arrivée au terme de la grossesse alors que le fœtus a succombé depuis près de six semaines m'étonnent, et je me demande si le diagnostic précédemment porté de grossesse utérine compliquée de tumeur fibreuse est bien exact et si nous ne nous trouvons pas plutôt en présence d'une grossesse extra-utérine qui aurait été la conséquence de la présence du fibrome utérin ?

On sait, en effet, ainsi que M. Lefour (1) l'a rappelé dans sa thèse si remarquable sur les fibromes utérins, que, sous l'influence de volumineuses tumeurs fibreuses, il se produit des poussées inflammatoires qui donnent naissance à des adhérences qui s'opposent à la mobilité de la trompe et, par suite, à leur adaptation sur l'ovaire au moment de la rupture des follicules de Graaf. Dans ces conditions, l'œuf fecondé ne pouvant pénétrer régulièrement dans la trompe et de là dans l'utérus, va se greffer en un point quelconque de la séreuse péritonéale et constituer une grossesse ectopique. Parmi les observations de grossesses extra-utérines compliquées de fibromes, je mentionnerai celles de Stoltz (2), d'Allport (3), d'Harley (4), de Breslau (5), de Conradi (6), de Léopold (7).

(1) *Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement* Thèse d'agrégation, Paris, 1880, p. 82.

(2) Thèse de ROTH. Strasbourg, 1844.

(3) ALLPORT. *The Lancet*, Londres, 1845, p. 480.

(4) *The Lancet*, Londres, 1859, p. 510.

(5) *Monatschrift. fur Geburt.*, 1863, XXI, suppl. 119 avec fig.

(6) *Norskl. mag. f. Lagewid*, 1876.

(7) *Archiv. für Gynækologie*, 1878.

S'il en était ainsi, notre ligne de conduite était encore, pour le moment, nettement tracée; nous devions, vu sa gravité,nous asbtenir de toute intervention tant que l'état général de notre malade ne l'exigerait pas impérieusement. Si, le plus souvent, dans les grossesses extra-utérines simples, l'accoucheur agit sagement en pratiquant la laparotomie ou l'élytrotomie six semaines environ après la mort du fœtus, ainsi que le recommande mon savant ami le professeur Pinard (1), alors que les dangers de l'hémorrhagie causée par l'incision du placenta sont moins à redouter, il est des cas et ils sont assez nombreux, dans lesquels le kyste fœtal a pu être toléré indéfiniment sans altérer la santé de la femme. M. le professeur Tarnier vient tout récemment encore d'en rapporter à l'Académie (2) un nouvel exemple datant de 33 ans, et, pour ma part, je me rappelle avoir vu en 1876, alors que j'étais à Vienne, le D[r] H. Chiari (3), actuellement professeur d'anatomie pathologique à Prague, pratiquer l'autopsie d'une femme dans le ventre de laquelle se trouvait un lithopædion depuis un demi-siècle. M. le D[r] Schuhl (4) a de plus démontré dans sa thèse par de nombreux exemples, il en cite 52, que non seulement les kystes fœtaux extra-utérins peuvent être tolérés, mais qu'ils ne sont pas toujours un obstacle à de nouvelles grossesses.

Je crus donc devoir attendre, espérant que l'amélioration que j'étais heureux de constater irait en s'accentuant et que je pourrais éviter une intervention dont je ne me dissimulais pas les dangers.

Mon espoir fut de courte durée ! Quelques jours après la fièvre recommence, le thermomètre s'élève le soir à 39°,4 ; le pouls est à 112. M[me] E... se plaint de céphalalgie ; l'inappétence est complète, le ventre se météorise, devient plus

---

(1) *Annales de gynécologie.* Paris, avril 1889, p. 241 et suiv.

(2) Séance du 23 juillet 1889. *Bulletin de l'Acad.*, p. 57.

(3) *Wiener med. Wochenschrift*, n° 42, 1876.

(4) Thèse de Nancy, 1883, n° 180.

douloureux surtout à droite. La miction est difficile et pénible; on est obligé de pratiquer lè cathétérisme.

Le 13 mai, la situation devient encore plus alarmante. La malade est très affaiblie, elle est presque toujours couverte de sueurs. A la constipation observée les jours précédents succède une incontinence de matière fécales. La tumeur du flanc droit est plus tendue, plus volumineuse, elle atteint le rebord costal.

Les jours suivants sont encore plus mauvais, la température reste matin et soir au-dessus de 39°. L'haleine devient fétide, il y a du hoquet, des vomissements alimentaires fréquents, de la diarrhée. Enfin, le 22, nous croyons percevoir par la palpation une légère crépitation gazeuse au niveau du flanc droit.

En présence de ce dernier symptôme il n'y a plus à hésiter, il faut agir, il faut débarrasser la malade de ce fœtus qui se putréfie et dont elle serait promptement la victime, quelque mauvais que soit son état, quelque chanceux que soit le résultat de notre intervention.

L'opération décidée est pratiquée le même jour à trois heures, en présence de mon père, avec l'assistance de mes collègues les professeurs Weiss, Heydenreich, Gross, Rohmer, Remy et du personnel du service. Nous allions enfin savoir si le fœtus était retenu dans la cavité utérine comme nous l'avions pensé à l'entrée de Mme E... dans notre service, ou, si nous avions affaire à une grossesse extra-utérine ainsi que certains symptômes récents que je viens de rapporter étaient de nature à nous le faire supposer. Après avoir lavé la paroi abdominale avec de la liqueur de Van Swieten, je fais, à trois centimètres environ de la ligne blanche et un peu au-dessus de l'ombilic, une incision suivant une direction légèrement oblique en bas et en dedans, directement sur la partie de la tumeur ou le ballottement fœtal avait été perçu. Cette incision s'arrête à quatre centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope, elle mesure 19 centimètres. Elle comprend les diverses couches musculaires et la séreuse péritonéale.

Cette section de la paroi abdominale nous permet de voir une tumeur lisse, rougeâtre, rénitente, à parois minces, ressemblant à une vessie considérablement distendue et *probablement* constituée par l'utérus. Elle n'est pas adhérente en avant, cependant on constate l'existence de brides cicatricielles à gauche, mais assez éloignées de l'incision.

Pour éviter que le liquide qu'elle contient ne pénètre dans la cavité péritonéale, je crois devoir, avant de l'ouvrir, fixer cette tumeur par des points de suture à la paroi abdominale. Un premier fil d'argent est donc placé à sa partie supérieure, mais, comme sa paroi est extrêmement mince à ce niveau, deux millimètres à peine, le fil coupe les tissus et un liquide noirâtre jaillit par le point d'entrée du fil d'argent. Pour en faciliter l'écoulement j'essaye d'en faire l'aspiration avec l'appareil de Potain, mais l'évacuation se faisant mal, je suis obligé de retirer le trocart et de fermer l'ouverture faite par la ponction à l'aide d'une pince à forcipressure.

Le liquide, pendant ce temps, continue à s'écouler par le premier orifice produit par le point de suture que nous avions essayé de placer. Au début, il est noirâtre et semble formé par du liquide amniotique mélangé à du méconium, puis, peu à peu il devient grisâtre et fétide et finit par prendre l'aspect nettement purulent. On en recueille environ trois à quatre litres.

La pression intra-kystique ayant diminué, l'écoulement se fait mal. J'incise la poche fœtale sur une longueur de dix centimètres, après avoir pris toutes les précautions nécessaires pour empêcher la pénétration du liquide dans la cavité péritonéale. Pour cela, j'essaye d'attirer la poche au dehors, mais je n'y parviens que faiblement. On applique des serviettes tout autour de la tumeur que l'on maintient solidement contre la paroi abdominale.

Il s'écoule encore pendant cette manœuvre un demi-litre d'un liquide purulent et fétide.

J'agrandis l'incision ; les pieds du fœtus deviennent apparents, je les saisis et j'extrais facilement un enfant macéré qui

était en situation acromio-iliaque gauche de l'épaule droite.

La tête était située dans le flanc gauche reposant sur la tumeur utérine qui obstruait l'excavation. Le poids était de 2400 grammes, sa longueur mesurait 43 centimètres. Le ventre était ballonné et l'épiderme se détachait au niveau des membres inférieurs. Le diamètre bipariétal était de 11 centimètres, le sous-mento-bregmatique était de 10 centimètres et demi.

Le cordon est sectionné et la poche fœtale est lavée avec une solution saturée de naphtol β au moyen d'un tube en siphon jusqu'à ce que le liquide redevienne clair.

On aperçoit adhérents sur le côté gauche, les deux petits fibromes que l'on percevait par le palper au niveau de l'ombilic pendant la grossesse.

L'examen attentif de la structure des parois de la cavité dans laquelle le fœtus était contenu nous montre que les hypothèses de grossesse extra-utérine que nous avions cru devoir émettre en raison des symptômes observés dans le courant du dernier mois n'étaient pas exactes. Ces parois qui ne mesuraient pas plus de deux à trois millimètres d'épaisseur étaient constituées par du tissu musculaire, *par l'utérus*. Nous nous trouvions en présence *d'un cas de rétention fœtale*, de grossesse prolongée, dans un utérus dont les fonctions d'expulsion avaient été altérées par la présence d'une tumeur fibreuse située au niveau du segment inférieur. Le diagnostic de grossesse utérine compliquée de tumeur fibreuse qui avait été porté à l'arrivée de Mme E... à la Maternité était le vrai.

Malheureusement le tissu musculaire de cet utérus qui venait d'être si considérablement distendu avait subi des transformations qui lui avaient fait perdre la plus grande partie de ses propriétés ; la rétractilité était peu marquée et la contractilité faisait complètement défaut, l'utérus restait inerte et ses parois ne revenaient que très faiblement sur elles-mêmes. Le placenta inséré sur le côté gauche était complètement adhérent.

En présence de cet état de choses que devions-nous faire ?

Pratiquer artificiellement la délivrance, décoller un placenta adhérent à une paroi malade, incapable de se contracter, c'eût été exposer notre malade à tous les dangers d'une hémorrhagie formidable qui l'aurait fait succomber en quelques instants.

Enlever l'utérus avec la tumeur, c'était théoriquement le procédé qui pouvait sembler indiqué au premier abord. M[me] E... aurait été à la fois délivrée de sa tumeur, et aurait évité les dangers d'un décollement placentaire fait dans de si déplorables conditions ; mais elle était dans un tel état d'épuisement qu'elle était incapable de résister à une pareille opération. Elle aurait certainement succombé au traumatisme qui eût été extrêmement considérable, en admettant même qu'on fût parvenu à désenclaver la tumeur et à la libérer des adhérences qui existaient surtout à gauche. Cette méthode était encore inadmissible.

Ne pouvant ni décoller le placenta en raison de l'inertie absolue de l'utérus, ni enlever cet organe à cause de la tumeur volumineuse qui obstrue l'excavation, je pense qu'il est indiqué *de suturer les bords de la plaie utérine aux bords de la plaie abdominale, de laisser le placenta en place et d'attendre qu'il se décolle spontanément.* En un mot, je crois devoir me comporter en présence de cette cavité utérine comme si j'avais affaire à un kyste fœtal dans une grossesse ectopique.

Je suis d'autant plus disposé à agir ainsi que le seul danger réel d'une pareille intervention est la résorption septique. Or, je puis espérer combattre les accidents d'infection produits par l'abandon du placenta dans la cavité utérine au moyen d'un agent antiseptique non toxique, le naphtol β, dont M. Pinard (1) vient tout récemment de faire connaître les avantages qu'il a retirés de son emploi dans deux cas de

(1) *Académie de médecine*, séance du 12 mars 1889.

grossesse extra-utérine. On sait, ainsi que l'a démontré M. Bouchard (1) « que les matières organiques en pleine putréfaction placées dans l'eau additionnée de naphtol cessent de se putréfier et perdent rapidement leur fétidité ».

Je me décide donc à ne pas pratiquer la délivrance artificielle et à employer cet agent antiseptique. Je n'avais plus à craindre les dangers d'intoxication qui n'auraient pas manqué de se produire, si j'avais fait usage de solutions phéniquées ou mercurielles, en raison de la stagnation du liquide dans cette large cavité.

Après avoir lavé le péritoine avec de l'eau distillée, je réunis, avec six fils d'argent, dix centimètres de la paroi abdominale correspondant à la partie supérieure de l'incision, en ayant soin de bien mettre en contact les bords de la séreuse péritonéale. J'assure la consolidation de cette suture par quatre épingles et par quatre fils de soie superficiels. Le reste de la plaie est suturée aux parois utérines à l'aide de quinze points de suture au fil d'argent, de façon à bien isoler la cavité utérine de la cavité péritonéale.

J'irrigue de nouveau largement la cavité utérine avec une solution de naphtol β, puis je procède au pansement. J'insuffle de l'iodoforme dans l'utérus et sur les lèvres de la plaie. Je place trois drains en caoutchouc de la grosseur du petit doigt et longs de 5 centimètres à côté du fragment placentaire du cordon auquel j'avais attaché un gros fil. On recouvre les sutures avec de la gaze iodoformée et du coton salicylé et le tout est maintenu par du coton et une bande de tarlatane. L'opération est terminée à 5 heures et demie.

La malade est reportée dans son lit dans un état d'abattement profond, bien qu'elle n'ait pas perdu plus de vingt grammes de sang pendant toute la durée de l'opération. On est obligé de faire successivement dans l'espace de deux heures, cinq injections sous cutanées d'éther.

La nuit suivante est relativement assez bonne ; la malade

---

(1) *Académie des Sciences*, séance du 24 octobre 1887.

s'intéresse à ce qui se passe autour d'elle ; elle prend 300 grammes de champagne glacé ; mais, ne pouvant uriner spontanément, on est obligé de la sonder.

Le lendemain, 23 mai, le pouls est à 128, le thermomètre marque 39°,2. Malgré cette température, Mme E... dit se trouver assez bien. Elle a de nombreuses selles diarrhéiques involontaires que l'on combat avec du salicylate de bismuth, 2 grammes, mélangé à de l'extrait thébaïque, 3 centigrammes. La rétention d'urine persiste. On soutient la malade avec du lait et du champagne glacés.

. J'attends jusqu'au soir à 4 heures pour changer le premier pansement afin de permettre aux adhérences utéro-abdominales de s'établir. Je ne trouve pas le ventre douloureux ; il n'est pas ballonné. La plaie a bon aspect ; les sutures tiennent bien. Je fais une irrigation de la cavité utérine avec une solution de naphtol jusqu'à ce que le liquide injecté ressorte clair. Comme le vagin reste parfaitement sec et qu'il ne s'écoule rien par l'orifice du col, j'ai soin qu'il reste une certaine quantité de liquide dans l'utérus, de façon à ce que le placenta soit toujours baigné, *comme dans un bocal*, par la solution antiseptique.

La solution aqueuse étant en somme assez faible, puisqu'un litre d'eau distillée ne dissout que 25 centigrammes de naphtol β, j'augmente la quantité de naphtol en y ajoutant un peu d'alcool ainsi que l'a fait M. Budin (1), et j'emploie une solution ainsi composée : eau distillée, 1 litre ; alcool, 10 grammes, naphtol β, 40 centigrammes. L'irrigation terminée, je refais le même pansement que précédemment.

Le 24 mai, 3e jour après l'opération, le pouls est de 112 le matin, et de 128 le soir. La température varie de 38° à 39°,3. L'émission des urines se fait régulièrement, le ventre reste insensible à la pression, cependant la diarrhée continue. On nourrit la malade avec du lait, du consommé et du champagne. J'enlève les quatre épingles surperficielles et je les

(1) *Leçons de Clinique obstétricale*, p. 314. Paris, 1889.

remplace par des mèches collodionées pour soutenir les sutures profondes au fil d'argent.

Le lendemain 25, la température ne s'élève pas au-dessus de 38°,8, mais les selles diarrhéiques étant toujours abondantes et fétides, j'augmente la dose de salicylate de bismuth. Elle en prend 4 grammes.

Le 26, les lèvres de la plaie se dépriment attirées en dedans par la rétractilité utérine.

Le placenta résiste à nos tractions sur le cordon; il reste toujours fortement adhérent.

La première partie de l'injection ressort brunâtre, puis elle redevient aussi claire que les jours précédents.

Le 27, 6e jour, la diarrhée diminue. Comme au début de chaque injection le liquide ressort sanieux, brunâtre et un peu fétide, je crois devoir augmenter le nombre des pansements pour éviter les accidents de résorption septique. On en fait six au lieu de quatre par 24 heures et on emploie quatre à six litres de solution de naphtol chaque fois.

Par le toucher vaginal je trouve le petit bassin toujours rempli par la tumeur, cependant je crois atteindre l'orifice du col qui se trouve très haut à gauche immédiatement derrière les pubis.

Le 31, 10e jour, *j'enlève tous les points de suture*, la réunion est complète.

Je conserve toutefois les sutures sèches au collodion par mesure de prudence.

La plaie utéro-abdominale a un peu diminué. Les trois tubes de drainage sont plus à l'étroit.

Le 2 juin, 12e jour, Mme E..., qui semblait se relever un peu les jours précédents, s'affaiblit malgré les toniques (vin de Bordeaux, potion à l'extrait de quinquina) qui lui sont administrés. On est obligé de la coucher sur un matelas à cause d'une eschare au sacrum. Elle se plaint de céphalalgie, elle a du hoquet, de légères envies de vomir ; les selles diarrhéiques reparaissent.

La cavité de l'utérus a la forme d'un triangle isocèle à

angles très aigus en raison de la convexité des parois. La base de ce triangle est à droite et se trouve formée par le bord de l'utérus qui est parallèle au bord droit de l'incision abdominale. Les deux autres côtés sont constitués, l'un, l'inférieur, par la partie supérieure de la tumeur insérée sur le segment inférieur de l'utérus, l'autre, le supérieur, par le fond même de l'utérus. Les trois angles sont formés, l'un, par la réunion du bord de la tumeur avec la partie supérieure de l'utérus, il est dirigé vers le côté gauche; le second correspond à l'orifice interne du col qui est toujours imperméable, enfin le troisième correspondant à la partie supérieure de l'incision utéro-abdominale se confond vraisemblablement avec l'orifice de la trompe droite. Le placenta est inséré sur la paroi antérieure à gauche de l'incision.

Je touche la malade et je ne parviens plus à atteindre le col que j'avais cru sentir il y a deux jours ; *la tumeur est moins volumineuse.*

Le 3 juin, 13e jour, en faisant comme d'habitude des tractions légères mais soutenues sur le cordon, *je parviens enfin à extraire un fragment de placenta avec les membranes choriales* qui lui étaient adhérentes et qui tapissaient la cavité utérine.

A partir de ce jour, je pus presqu'à chaque pansement retirer des fragments de placenta plus ou moins volumineux.

Comme je n'avais plus de cordon pour me servir de tracteur et comme je devais éviter de léser les parois de l'utérus, je crus devoir procéder de la façon suivante : pendant que j'irriguais la cavité utérine au moyen d'une sonde vaginale courbe en verre à parois épaisses, mais dont l'extrémité avait la forme d'un cône allongé, j'introduisais, par l'ouverture abdominale, l'index de la main droite le long de cette canule tenue par la main gauche, et, *par le toucher pratiqué sous l'eau,* je parvenais à différencier du tissu utérin les fragments de placenta fœtal plus ou moins adhérents que l'injection d'eau naphtolée faisait flotter. J'extrayais alors les lambeaux

placentaires que j'avais pu saisir en les comprimant avec mon doigt sur la canule.

Cette « *pêche placentaire* » dure pendant onze jours, jusqu'au 14 juin, 24e jour après l'opération.

A partir de ce moment l'état de Mme E... se relève sensiblement la température s'abaisse, redevient normale et l'appétit reparaît.

La plaie utéro-abdominale tend à se refermer ; on la maintient cependant encore ouverte avec deux tubes afin de pouvoir continuer à irriguer la cavité utérine qui diminue notablement.

Quelques jours après, le 30 juin, l'orifice utéro-abdominal est tellement rétréci qu'on ne parvient plus à introduire qu'un seul tube. Comme le liquide injecté ressort aussi clair qu'à son entrée, je ne tarde pas à enlever cet obstacle à la réunion de la plaie utérine.

Le 18 juillet la cicatrisation est complète.

Mme E. se trouve suffisamment bien pour pouvoir se lever.

A la fin du mois, je l'examine et je ne parviens que très difficilement à délimiter par le palper la tumeur utérine qui se trouve au-dessous de l'ombilic ; elle est molle et très amoindrie. Par le toucher je l'atteins à peine, mais je constate que le col est accessible au fond du canal vaginal. Ce fibrome qui dans les derniers mois de la grossesse remplissait la partie supérieure de l'excavation avait subi parallèlement à l'utérus une involution remarquable puisqu'il nous était si difficile de le retrouver et de le délimiter. De semblables régressions cependant ne sont pas rares, les thèses de E. J. Lambert (1), de Lefour (2), de Chabazian (3), etc., en contiennent de nombreux exemples. Ce mode de « *guérison physiologique* » est important à connaître ; l'accou-

---

(1) *Des grossesses compliquées de myômes utérins*, p. 37 et suiv., Thèse, Paris, 1870.

(2) *Loc. cit.*, p. 47 et p. 254 avec indications bibliographiques nombreuses.

(3) *Des fibromes du col de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement*, p. 31, Thèse, Paris, 1882.

cheur doit l'avoir présent à l'esprit lorsqu'il est obligé d'intervenir, il pourra ainsi éviter d'exposer sa malade aux dangers souvent mortels d'une ablation que l'involution fibro-utérine aurait rendue inutile.

Le 1er août, Mme E. sort de la Maternité complètement rétablie. Elle continue depuis à se bien porter, vaquant à ses occupations comme par le passé.

Je n'insisterai pas sur les diverses particularités que je n'ai fait qu'effleurer dans le cours de cette observation ; cela nous entraînerait trop loin. Je ne saurais toutefois terminer ce travail sans appeler l'attention des accoucheurs sur un fait qui montre nettement que *dans certains cas exceptionnels, dans lesquels le médecin est obligé de pratiquer l'opération césarienne, il pourra, après avoir suturé l'utérus à la paroi abdominale, laisser le placenta adhérent dans la cavité utérine et éviter ainsi les hémorrhagies si redoutables de la délivrance artificielle immédiate. Le naphtol β, cet agent antiputride non toxique, en diminuant considérablement les dangers de la résorption septique, lui permettra d'attendre son décollement spontané sans crainte d'hémorrhagie.*

L'OPÉRATION CÉSARIENNE MODERNE

MANUEL OPÉRATOIRE (1)

Par le Dr **J. Potocki**, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité.

Je me propose dans ce travail d'étudier exclusivement l'opération césarienne moderne, c'est-à-dire celle qu'on est seule autorisé à pratiquer à l'heure présente, dans l'état actuel de nos connaissances. Il est utile en effet de remarquer que l'opération qui nous occupe, à l'égal de toute autre

(1) Extrait d'un travail d'ensemble sur l'opération césarienne.

opération chirurgicale, doit bénéficier des récentes conquêtes de la chirurgie, dont l'antisepsie constitue la principale et que la façon ancienne de l'exécuter est aujourd'hui hors de mise. Il serait donc superflu de décrire à nouveau les vieux procédés dont l'intérêt n'est plus que très médiocre. Aussi bien l'ai-je déjà fait dans un premier mémoire, publié en 1886 dans les *Annales de Gynécologie* et auquel on pourra se reporter pour l'historique ; j'avais traité ce dernier d'une façon assez rapide, mais relativement complète et bien suffisante. Je pourrais facilement l'étendre aujourd'hui en glanant dans les anciens auteurs et en recopiant des textes devenus banals à force d'être reproduits ; ce serait sans profit faire œuvre d'érudition facile, et sans compensation suffisante augmenter les dimensions de ce travail.

Je me limiterai donc à l'opération césarienue moderne, la seule intéressante au point de vue pratique.

Il y a autant de différence entre l'opération césarienne ancienne et la moderne qu'entre l'ovariotomie d'autrefois et celle d'aujourd'hui. Ce sont deux opérations tout à fait différentes, entre lesquelles il n'y a aucune comparaison à établir. A la première presque fatalement mortelle a succédé une opération de gravité moyenne et dont le pronostic est dans quelques séries heureuses véritablement surprenant. Quoi d'étonnant alors à ce que l'idée qu'on s'en doit faire soit différente ?

La génération actuelle a été élevée dans une véritable terreur de l'opération césarienue, justifiée d'ailleurs par la mortalité considérable de l'opération qui tuait plus de quatre-vingts femmes sur cent. Sans être aussi effrayés qu'au trefois au seul nom de section césarienne, nous vivons cependant sous le règne de la même crainte, dans une période de transition où nous avons encore de la tendance à repousser l'hystérotomie et à considérer comme problématiques les bons résultats qu'elle donne à l'heure présente.

On était plus sceptique encore il y a trois ans, quand je fis connaître chez nous l'opération de Sänger et quand je pus

montrer, par le récit des 26 opérations pratiquées jusque-là, que la statistique était très satisfaisante.

L'opération nouvelle était donc bien différente de l'opération césarienne dite classique et ne devait pas mériter la réprobation attachée à cette dernière.

De fait la conviction entra rapidement dans les esprits et nombre d'accoucheurs eurent recours à Paris même à l'opération césarienne nouvelle, et ils en obtinrent de bons résultats. Aujourd'hui il n'est donc plus nécessaire de plaider la cause de l'hystérotomie ; cette cause est gagnée. Mais il reste une lacune à combler. Depuis le mémoire auquel j'ai fait allusion il n'a paru en France, que je sache, aucun travail d'ensemble sur l'opération césarienne moderne. Il faudrait parcourir quelques communications faites sur ce sujet devant les sociétés savantes de Paris et lire les très nombreuses publications étrangères, pour se faire une idée de l'état actuel de nos connaissances. J'ai pensé qu'il serait intéressant de réunir tous ces documents, de les grouper dans un ordre logique et d'en former une sorte de traité à la fois théorique et pratique qui, aussi clair et aussi court que possible, pût servir à la fois à ceux qui se livrent à des recherches et à ceux plus nombreux qui se contentent d'une exposition exacte du manuel opératoire et des indications.

Je ne parlerai que des travaux modernes, qui ont suivi l'introduction de la méthode antiseptique. La période préantiseptique de l'hystérotomie fait partie de l'histoire. Il est donc inutile de remonter au-delà de 1876, année où Porro décrivit l'amputation utéro-ovarique comme complément de l'opération césarienne.

L'*opération césarienne* ou *hystérotomie* est une opération dans laquelle on incise la paroi abdominale et l'utérus, pour extraire le fœtus par la voie qu'on s'est ainsi créée.

La définition précédente exclut les laparotomies pratiquées pour grossesse extra-utérine, ou rupture de l'utérus.

Elle exclut aussi la gastro-élytrotomie : opération qui consiste dans l'incision de la paroi abdominale au-dessus de

l'arcade de Fallope, le décollement du péritoine, l'incision du vagin et l'extraction du fœtus par le col à travers la brèche ainsi faite. Cependant comme le but de cette opération est le même que celui de l'opération césarienne, on la place à côté d'elle, aussi décrirai-je la gastro-élytrotomie pour me conformer à la tradition ; je le ferai dans un chapitre à part ; mais je me hâte d'ajouter que la gastro-élytrotomie a peu d'intérêt et qu'elle ne paraît pas devoir supplanter de longtemps l'opération césarienne proprement dite, dont je vais maintenant exclusivement m'occuper (1).

Une opération césarienne comprend essentiellement les actes suivants :

1° Incision de la paroi abdominale et de l'utérus ; extraction du fœtus et de l'arrière-faix ;

2° Traitement de l'utérus ;

3° Fermeture de la paroi abdominale.

Le 1er acte et le 3e sont les mêmes dans toute opération césarienne ; le 2e seul peut varier. C'est ce traitement de la plaie utérine qui caractérise les deux grands procédés d'opération césarienne : le procédé conservateur, le procédé radical. On peut en effet se comporter avec l'utérus de deux façons différentes :

1° Le conserver : opération césarienne *conservatrice ;*

2° L'enlever : opération césarienne *radicale.*

On peut encore enlever l'utérus partiellement ou totalement : opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique, opération césarienne suivie de l'ablation totale de l'utérus.

Ainsi trois opérations césariennes différentes :

1° Opération césarienne conservatrice ;

2° Opération césarienne radicale suivie d'amputation partielle de l'utérus ;

(1) Je n'aborderai pas l'étude de l'opération césarienne *post mortem* ou pratiquée à l'agonie ; elle ne mérite pas de description particulière, du moins en ce qui regarde son manuel opératoire.

3° Opération césarienne radicale suivie d'extirpation totale de l'utérus.

Elles sont désignées dans le langage courant sous le nom des auteurs qui les ont appliquées et décrites pour la première fois :

Ce sont dans l'ordre précédent :

L'opération de Sänger (1881);

L'opération de Porro (1876);

L'opération de Bischoff (1879) ;

En résumé :

L'opération de Sänger est une opération césarienne dans laquelle l'utérus est conservé et suturé isolément;

L'opération de Porro est une opération césarienne dans laquelle l'utérus est amputé au-dessus du col;

L'opération de Bischoff est une opération césarienne qu'on fait suivre de l'extirpation totale de l'utérus.

J'adopterai, avec la majorité des auteurs, ces dernières expressions. On peut leur adresser le reproche de n'être pas correctement exactes. Sänger évidemment n'a pas inventé l'opération césarienne conservatrice, ni la suture de l'utérus, ni l'antisepsie; mais le premier il a montré tout ce que pouvait faire l'application à l'opération césarienne des découvertes de la chirurgie moderne et il a imaginé un mode particulier de suture de l'utérus, dont le principe subsiste toujours. On a donc bien le droit d'associer son nom à celui de l'opération césarienne conservatrice.

Porro n'a pas pratiqué le premier l'amputation de l'utérus à la suite de l'opération césarienne ; mais le premier il l'a appliquée de parti pris et il l'a décrite en l'érigeant en méthode; l'opération radicale porte à bon droit son nom.

Enfin Bischoff a pour la première fois extirpé l'utérus après l'opération césarienne chez une femme atteinte de cancer du col ; il a pensé avec Freund qu'on pourrait toujours opérer de cette façon quand le cancer du col occasionne un obstacle absolu à l'accouchement ; il y a justice à dire opération de Bischoff.

Je vais étudier l'une après l'autre ces trois opérations. Je continuerai par la gastro-élytrotomie.

Un tableau statistique montrera les résultats fournis par chacune d'elles.

Cette statistique interprétée indiquera le pronostic de l'opération et fournira les éléments nécessaires pour en apprécier la valeur.

Nous pourrons alors comparer les méthodes d'opération césarienne et les mettre en parallèle avec les opérations obstétricales exécutées par les voies naturelles.

Sur ces bases nous pourrons établir les indications de l'opération césarienne.

OPÉRATION DE SÆNGER

Elle est encore désignée sous les noms de :

Opération césarienne conservatrice ;

— — avec suture de l'utérus ;

— — proprement dite.

Ce serait encore l'opération césarienne classique de quelques auteurs modernes, mais cette expression est mauvaise : l'opération de Porro est en effet tout aussi classique.

C'est au sujet de cette opération que les travaux les plus nombreux ont été publiés ; pour ne pas en omettre et pour les classer d'une façon rationnelle et facile à retenir je procéderai de la façon suivante.

Je décrirai d'abord le meilleur manuel opératoire de l'opération de Sänger.

Cela fait, on connaîtra exactement l'opération modèle ; c'est cette description type qu'il suffira de suivre point par point, si on veut procéder à une section césarienne exécutée suivant les règles nouvelles.

On aura ainsi des points de repère pour apprécier les variantes du manuel opératoire, et pour comprendre les raisons qui ont porté quelques auteurs à décrire et à appliquer certaines modifications. On pourra juger de leur valeur

et en adopter quelques-unes si on les trouve bonnes. C'est souvent une simple affaire de tendance ou d'éducation chirurgicale qui fait préférer par certains opérateurs telle ou telle modification secondaire.

L'opération modèle que je vais décrire, ne correspond pas exactement à la technique primitive de Sänger, elle est toutefois contenue en substance dans son traité qui a inauguré une ère nouvelle. Mais elle diffère peu de la description simplifiée qu'il a donnée plus tard et de celle qu'a publiée Léopold, l'opérateur qui a pratiqué le plus grand nombre d'opérations césariennes conservatrices.

La description de l'opération doit comprendre :

1° Les préparatifs de l'opération ;

2° Le manuel opératoire proprement dit.

Préparatifs de l'opération.

D'une façon générale ce sont ceux de toute laparotomie ; il n'y a réellement aucune différence ; je pourrais donc à la rigueur me dispenser de les décrire en les supposant connus. Mais j'aime mieux consacrer quelques pages à leur étude et insister sur quelques détails : mieux vaut trop dire que pas assez. Ceux qui les connaissent, les passeront à la lecture ; ceux au contraire qui ne les ont pas bien présents à la mémoire, me sauront gré de les leur rappeler. Quelle que soit l'opération césarienne à pratiquer, les préparatifs sont les mêmes.

Ces préparatifs comprennent les points suivants :

Salle d'opération ;

Aides ;

Instruments ;

Objets de pansement ;

Solutions antiseptiques, éponges et substances diverses ;

Soins à donner à la femme avant l'opération ;

Désinfection des mains ;

Anesthésie.

Mais avant de passer à leur examen, il me faut dire quelques mots de l'antisepsie.

Elle doit occuper la place la plus importante dans les préoccupations de l'accoucheur ; il doit se rappeler que c'est à elle qu'on est en grande partie redevable des succès de l'hystérotomie. Dans les précautions préliminaires de l'opération il devra donc se laisser guider par les règles de l'antisepsie.

Local de l'opération, objets de pansement, instruments.... devront être d'une propreté irréprochable ; la propreté sera surtout indispensable pour tout ce qui touchera directement à la malade : instruments, éponges, compresses, mains de l'opérateur et des aides. L'accoucheur devra surveiller lui-même les préparatifs et ne se décharger sur personne de ce soin.

Ce sera surtout nécessaire quand il se verra forcé d'opérer en ville, dans un milieu non médical où la propreté est plus difficile à obtenir parce qu'on n'en comprend pas l'importance.

SALLE D'OPÉRATION. — A l'hôpital, dans les cliniques, il y a généralement une salle réservée aux laparotomies où tout est disposé pour une opération d'urgence : instruments, pansements, liquides antiseptiques, éclairage.

Le local est tout choisi.

Mais cela n'est pas indispensable et une pièce quelconque, pourvu qu'elle soit propre, chauffée, éclairée, est très suffisante. Si on se voit forcé d'opérer dans un appartement, on fera retirer la plus grande partie des meubles, les rideaux, etc., et on recouvrira le parquet de draps propres pour éviter que les poussières ne soient soulevées.

La table à opération importe peu ; il suffit qu'elle soit solide et assez haute.

AIDES. — Leur nombre doit être très restreint. Moins il y a de monde dans la salle d'opération, mieux cela vaut. Les aides seront donc réduits au minimum indispensable.

L'assistance directe sera suffisamment assurée par un accoucheur ou chirurgien habitué aux opérations abdominales, connaissant dans tous ses détails l'opération à exécuter, prévenu des accidents qui peuvent la compliquer et capable d'y remédier. L'opérateur et lui doivent seuls toucher à la malade. Si les dispositions sont assez commodément prises, il n'est pas nécessaire d'avoir d'aides pour passer les instruments, ni les éponges. L'opérateur peut prendre directement les instruments dans un plateau à portée de sa main droite et il peut les remettre après s'en être servi à la place qu'ils occupaient ; l'assistant prendra dans des cuvettes, placées également à sa droite, les éponges ou compresses nécessaires et quand elles seront souillées il les jettera dans un bassin placé à ses pieds. Au moment des sutures, il n'est pas utile non plus qu'une troisième personne intervienne ; et, si on emploie des aiguilles séparées, il suffira qu'elles aient été enfilées avant l'opération et disposées bien régulièrement dans un plateau spécial à portée de la main.

Donc : un assistant direct.

Il faut aussi un médecin ou à son défaut une sage-femme instruite pour administrer le chloroforme.

Il faut aussi une personne exercée pour recevoir l'enfant à la naissance et lui donner les premiers soins ; il est utile que cette personne soit un médecin ou une sage-femme, capables de ranimer l'enfant s'il est extrait en état de mort apparente.

Une ou deux infirmières s'occuperont des menus détails.

Ainsi : Un aide direct ;
Un aide pour le chloroforme ;
Une personne pour s'occuper de l'enfant ;
Deux infirmières.

Voilà tout le personnel indispensable. Plus de monde est inutile, peut-être même gênant ; avec moins de monde, il serait difficile d'exécuter l'opération dans de bonnes conditions.

L'opérateur et l'assistant doivent avoir les mains parfai-

tement aseptiques ; les infirmiers doivent avoir les mains très propres ; l'antisepsie des deux aides chargés du chloroforme et de l'enfant est moins nécessaire, quoique désirable.

Instruments. — Il faut préparer les instruments nécessaires non pas seulement pour une opération de Sänger, mais encore pour une opération de Porro, car il peut survenir dans le cours de l'opération conservatrice des complications qui forceront d'amputer l'utérus ; une opération de Sänger peut se terminer par une opération de Porro.

Seront indispensables :

Un bistouri ordinaire, pour l'incision de la paroi abdominale et de l'utérus ;

Une pince à griffe, pour saisir les lèvres des plaies qu'on suture ;

Une ou deux douzaines de pinces hémostatiques, pour l'hémostase provisoire de la paroi abdominale, et en général toute hémostase provisoire, et pour saisir les fils des fortes sutures ;

Des ciseaux forts, pour agrandir si besoin est l'incision abdominale ou la plaie utérine ;

Une grande aiguille montée ou une aiguille de Reverdin pour les sutures profondes de l'utérus et les sutures de la paroi abdominale ;

Des aiguilles fines enfilées d'avance pour les sutures superficielles de l'utérus ;

Un porte-aiguille, pour les aiguilles séparées ;

Du fil de soie de deux grosseurs différentes : gros pour les sutures utérines et abdominales profondes, fin pour les sutures superficielles. Ce fil servirait au besoin aux ligatures ;

Un tube en caoutchouc non perforé, pour l'hémostase provisoire de l'utérus ;

Deux broches pour traverser le pédicule utérin si on doit pratiquer l'opération de Porro ;

Et dans le même but :

Un serre-nœud avec un fit de fer solide, qu'on peut d'ail-

leurs avantageusement remplacer par un simple tube de caoutchouc ;

Une curette tranchante et un thermocautère, pour gratter si nécessaire la muqueuse utérine altérée et pour cautériser la muqueuse du col quand on pratique l'amputation de Porro ;

Une seringue de Pravaz, pour injections sous-cutanées d'ergotine et d'éther.

Enfin on aura un *insufflateur de Ribemont* pour ranimer l'enfant.

Tous les instruments qui touchent à l'opérée doivent être d'une asepsie absolue. Ils faut donc qu'ils soient traités avant l'opération de façon à ce qu'on soit certain de leur propreté.

Trois moyens permettent d'arriver au but ;

1° On les flambe à la flamme de l'alcool ;

2° On les porte pendant une demi-heure à l'étuve sèche à 120° ;

3° On les fait bouillir pendant une demi-heure dans une solution phéniquée à 5 p. 0/0.

Le dernier moyen est le plus pratique peut-être et le plus sûr, c'est à lui qu'il faudra donner la préférence. On fait bouillir les instruments immédiatement avant de commencer l'opération et pendant qu'on endort la malade. Le fil de soie sera porté à l'ébullition comme les instruments avant l'opération, bien qu'on n'emploie que du fil de soie phéniqué, et conservé dans l'acide phénique.

Les instruments bien aseptiques resteront à demeure pendant l'opération dans un plateau contenant de l'eau phéniquée à 3 p. 0/0.

OBJETS DE PANSEMENT. — Ils sont bien rudimentaires aujourd'hui et on n'emploie plus guère ces grands pansements compliqués d'il y a peu d'années. De la poudre d'iodoforme pour saupoudrer la cavité utérine et la plaie abdominale; de la gaze iodoformée pour appliquer sur la plaie abdominale et faire le tamponnement du vagin; du coton

hydrophile et du coton ordinaire qu'on maintiendra par un bandage de corps en flanelle en font tous les frais.

SOLUTIONS ANTISEPTIQUES, ÉPONGES ET SUBSTANCES DIVERSES. — *Eau phéniquée* à 5 0/0 pour faire bouillir les instruments et pour les y laisser séjourner;

Solution de sublimé à 1 0/00 ou

Solution de biiodure à 1/2 0/00 pour le lavage des mains, la toilette de la femme; *Eau distillée bouillie* pour le lavage éventuel du péritoine. Un injecteur obstétrical ordinaire sera employé dans ce but;

Solution d'ergotine et éther utiles, dans le cas d'hémorrhagie par inertie utérine et de collapsus, 12 flacons;

Chloroforme anesthésique, deux flacons de 60 grammes.

Les éponges nécessitent une préparation spéciale très laborieuse. Celles qu'on emploie en chirurgie abdominale ont été soumises à des traitements successifs que je rappelle : battage, pour enlever la plus grande partie des poussières, du calcaire, et du sable; enlèvement aux ciseaux des parties mauvaises; lavage à l'eau alcaline pour enlever les matières grasses; lavage à grande eau : les éponges sont prêtes alors pour les manipulations de désinfection. On laisse séjourner ces éponges pendant une heure dans une solution de permanganate de potasse au 100e ; elles y prennent une coloration brun foncé, qui indique que toutes les matières organiques de la superficie de l'éponge sont oxydées et détruites ; puis on les décolore dans une solution étendue de bisulfite de soude d'où elles sortent très blanches; lavage à grande eau jusqu'à disparition de toute odeur d'acide sulfureux; et conservation dans un bocal bien bouché rempli d'acide phénique à 5 0/0 ou de sublimé à 2 0/00.

La difficulté d'avoir des éponges bien préparées de la sorte a engagé nombre de chirurgiens à simplifier ces manipulations.

Au lieu de traiter les éponges par le permanganate de potasse, on se contente alors de les faire bouillir pendant

une heure dans l'acide phénique au 1/20e comme les fils de soie et les instruments ; ou bien encore les éponges, *bien sèches*, sont maintenues une heure dans l'étuve sèche à 120°.

On peut encore remplacer les éponges par des sortes de petits sachets ou des compresses épaisses dites en tissu-éponge. Pour les faire, prenez de la gaze et cousez-la en forme de sachets, de façon que les ourlets empêchent les fils de se détacher. Faites bouillir ces sachets pendant une heure dans l'acide phénique à 5 0/0 et vous aurez des carrés de gaze bien absorbante dont l'asepsie sera parfaite. Ces compresses de gaze qui sont faciles à préparer, très bon marché, absorbent fort bien les liquides, rendent de grands services et sont véritablement très pratiques. Leur emploi se généralise.

Pour faire la toilette de la paroi abdominale et des organes génitaux, il faut encore :

Un *rasoir*, une *brosse*, du *savon*, et de l'*éther*.

SOINS A DONNER A LA FEMME AVANT L'OPÉRATION :

Bain savonneux;

Purgation la veille de l'opération ;

Lavement le matin même;

On rase les poils du pubis et on coupe les poils trop longs de la vulve;

Toilette au savon et à la brosse des organes génitaux externes avec une solution de sublimé;

Injection vaginale au sublimé à 1/2000 ;

Tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

DÉSINFECTION DES MAINS. — Tout étant ainsi disposé, les précautions préliminaires prises, on peut commencer l'opération. Mais auparavant il est nécessaire que l'opérateur et son assistant procèdent au lavage des mains. C'est là une précaution de la première importance. Si la désinfection des instruments, des fils, des éponges est indispensable, plus né-

cessaire peut-être est la désinfection des mains qui touchent directement à la plaie; en tous cas elle est plus délicate et doit être plus minutieuse, car les mains ne peuvent être portées à des températures élevées, et en outre sur les doigts se rencontrent une multitude de replis, d'anfractuosités, de sillons, dans lesquels les germes se logent et où il est difficile de les attaquer. Un instrument porté à 120° est sûrement aseptique, une main lavée même dans une solution forte d'acide phénique ou de sublimé ne l'est pas forcément.

On n'est pas certain que le liquide antiseptique soit arrivé au contact de toutes les impuretés de la main, ait pénétré dans toutes les anfractuosités, comme la sertissure des ongles, etc. Aussi faut-il insister sur le lavage des mains et des avant-bras. Il faut au préalable se couper les ongles et nettoyer avec le plus grand soin les sillons des ongles. Puis lavage et brossage avec de l'eau très chaude et du savon; recommencer la même manœuvre dans une solution de sublimé à 1 0/00; bien gratter les sillons unguéaux; se relaver encore dans la liqueur antiseptique, et finir par un lavage dans l'alcool à 90°. On peut être certain alors de la propreté de ses mains.

Mais quand on a touché la veille de l'opération des substances septiques, les manipulations précédentes ne donnent pas une sécurité suffisante et il serait bon, je crois, de leur adjoindre un traitement des mains par le permanganate de potasse.

Il y a longtemps qu'on se lave les mains au permanganate de potasse; mais je n'entends pas parler de ce lavage banal. Le permanganate qui sert à détruire les germes dans la préparation des éponges et qui indique par la coloration brune qu'il communique à ces éponges que l'attaque et l'oxydation, partant la destruction des germes, a eu lieu, ce permanganate peut de la même façon être appliqué aux mains : On peut traiter les mains comme les éponges. La main plongée dans le permanganate devient rapidement brun foncé : indice extérieur de la décomposition du sel et de l'oxydation des

matières organiques de l'épiderme ; là où il y a coloration brune on est sûr de la destruction des germes, car on en *voit* le résultat. En certains points l'épiderme ne se colore pas, c'est que le permanganate n'est pas arrivé à son contact, séparé qu'il en était par une substance grasse, et dans ces points il n'y a pas eu attaque des germes, ils y séjournent encore, on peut penser que la main n'est pas aseptique. Ainsi *on voit pour ainsi dire l'asepsie de la main*, le permanganate décape la main, comme l'acide décape le métal. Une main devenue brun foncé par son séjour dans le permanganate est aussi aseptique qu'une éponge soumise aux manipulations que j'ai décrites.

Je crois donc qu'il serait bon de procéder de la façon suivante quand on veut être parfaitement certain de l'asepsie de la main :

1° Lavage et savonnage comme précédemment dans des solutions de sublimé chaudes ;

2° Immersion de la main dans une solution bien colorée de permanganate de potasse au 100° jusqu'à coloration brun foncé de la main et du poignet ;

3° Décoloration de la main dans une solution faible de bisulfite de soude.

La main est alors parfaitement aseptique et prête pour l'opération.

ANESTHÉSIE. — Elle est obtenue à l'aide du chloroforme. Le chloroforme doit être pur, distillé spécialement pour l'anesthésie. Deux flacons de 60 grammes ont été préparés d'avance ; c'est qu'en effet si l'opération dure longtemps, la première dose sera insuffisante. Un médecin doit en être chargé et il est prudent, ou mieux nécessaire, qu'il s'en occupe exclusivement sans suivre l'opération.

L'anesthésie ne sera obtenue que lentement : un quart d'heure, vingt minutes d'inhalation avant la résolution complète, constitueront un délai normal. Il faudra donc bien se garder de sidérer la malade tout d'un coup ; cette façon de

procéder s'accompagne souvent de complications funestes pendant une opération gráve et de longue durée, la malade absorbe alors beaucoup plus de chloroforme, elle se réveille souvent et le danger de syncope est plus à craindre. Ce sont d'ailleurs des préceptes banals en chirurgie du ventre.

Le médecin chargé du chloroforme examinera fréquemment la pupille, il surveillera le pouls, mais principalement la respiration. La pupille est contractée quand tout va bien; elle se dilate au moindre accident, à la moindre menace de syncope ; elle donnera donc d'utiles renseignements.

Le pouls doit être assez fréquent et assez fort ; s'il devient trop lent, trop faible : ayez des craintes.

La respiration de la malade bien anesthésiée est lente, régulière, comme celle d'une personne endormie. Quelquefois dans l'anesthésie, elle devient diaphragmatique. C'est le commencemeut des accidents. Ordinairement la gêne respiratoire est produite par le renversement de la langue en arrière. Il faut alors la saisir avec une pince de Museux et l'attirer au dehors : la respiration se régularise de suite. On peut éviter de saisir ainsi la langue et de la blesser en ramenant simplement en avant la mâchoire inférieure par une pression sur l'angle de la mâchoire: la mâchoire entraîne la langue avec elle. Si alors l'aide maintient le maxillaire dans la situation qu'il vient de lui donner la lange ne retombera plus.

Souvent la respiration est difficile, irrégulière, et la face se cyanosé, quand la malade a des envies de vomir. On peut les enrayer en augmentant la dose de chloroforme. Il serait préférable de voir les vomissements survenir, car une fois produits, l'anesthésie devient plus régulière.

On évitera que la syncope ne se constitue en prenant les précautions précédentes. S'il on n'a pu l'éviter, il faut ramener le sang à la tête en abaissant celle-ci, provoquer des mouvements respiratoires par des frictions sur le thorax, l'excitation du diaphragme ; et surtout en pratiquant la respiration artificielle.

La malade étant maintenue aux membres inférieurs et le tronc dans une situation déclive, on lui saisit les deux bras et on les écarte du corps énergiquement en les rapprochant de la tête ; on agit par le procédé classique ; l'élévation des bras et des épaules soulève les côtes et dilate le thorax dans lequel l'air pénètre. Après deux ou trois mouvements de ce genre la malade fait une inspiration : le danger est conjuré.

Il ne faut pas se dissimuler que ces accidents sont rares et que si celui qui donne le chloroforme épie, pour ainsi dire, les phénomènes anormaux, il interviendra à temps pour les empêcher de s'aggraver et de devenir mortels.

Moment à choisir pour pratiquer l'opération césarienne.

Ou la femme n'est pas en travail, quand on se décide pour l'opération césarienne, ou au contraire elle est déjà en travail.

La femme n'est pas en travail. — On opérera avant le terme de la grossesse, à huit mois et demi environ pour ne pas être surpris par le travail ; on fixera d'avance le jour et l'heure de l'opération et on se trouvera dans les bonnes conditions d'une laparotomie de choix. On aura fait une laparotomie gynécologique de la laparotomie d'urgence, que serait dans les dispositions contraires l'opération césarienne.

La femme est en travail. — On opérera le plus vite possible, sans toutefois négliger par trop de précipitation aucun des préparatifs sur lesquels je me suis étendu. L'opération césarienne est ici une opération de nécessité. Quelquefois (rarement aujourd'hui) on peut se voir obligé d'intervenir après des manipulations intempestives faites pour accoucher la femme par les voies naturelles ; la parturiente est déjà plus ou moins infectée ; on n'est pas maître de ces mauvaises conditions et on n'est pas autorisé à rendre responsable l'opération césarienne d'un désastre possible.

REVUE CLINIQUE

A PROPOS D'UNE OCCIPITO-ILIAQUE GAUCHE POSTÉRIEURE

Par le Dr **Paul Mantel** (de St-Omer), ancien interne des hôpitaux de Paris et de la Maternité de Lariboisière, membre correspondant de la Société anatomique.

La lecture de la remarquable thèse de mon ami, M. le Dr Bataillard (1), écrite sous l'inspiration de mon vénéré maître M. le professeur Pinard, m'engage à publier le fait suivant qui, quelque contradictoire qu'il puisse paraître de prime abord, n'en contient pas moins d'une façon indirecte la confirmation évidente des grandes vérités cliniques contenues dans ce travail, à savoir : dans les occipito-postérieures la règle est que la tête après avoir été successivement transversale et antérieure vienne se dégager en occipito-pubienne, le dégagement en occipito-sacrée est l'exception ; dans ces conditions le travail n'est guère plus pénible ni plus prolongé que dans les occipito-antérieures, enfin les interventions si elles deviennent nécessaires ne sont ni plus difficiles ni plus périlleuses pour la mère ou l'enfant, lorsqu'on s'entoure de précautions antiseptiques rigoureuses.

Dans le fait suivant, il a fallu deux circonstances exceptionnelles pour modifier la marche naturelle des événements et faire de ce cas une exception qui ne fait, à mon avis, que confirmer la règle.

Observation. — *Primipare. — Hypertrophie congénitale du corps thyroïde. — Présentation du sommet en O I G P. — Physionomie particulière du 3e temps de l'accouchement. — Phénomènes graves du côté de la mère pendant la période*

(1) Bataillard. *Étude statistique et clinique sur les variétés postérieures de la présentation du sommet.* Thèse de Paris, G. Steinheil, 1889.

d'expulsion. — Application de forceps et dégagement en OS. Placenta secondaire. — Suites favorables pour la mère et pour l'enfant.

Je fus appelé le 10 octobre 1889 à examiner Mme X., parvenue à peu près au terme de sa grossesse, et réclamant mes soins pour le moment de son accouchement.

Primipare, âgée de 23 ans, grande, bien constituée et paraissant avoir une excellente santé. Née à terme, nourrie au sein d'abord par une nourrice, à la cuiller ensuite. Mme X. n'a jamais été malade.

Établissement facile de la menstruation à l'âge de 14 ans, depuis lors règles régulières, non douloureuses, durant 4-5 jours chaque fois.

Mme X., s'est mariée en octobre 1887. Les dernières règles datent du 31 décembre 1888, et ont duré jusqu'au 4 janvier 1889.

La gestation normale n'a été troublée au début que par quelques phénomènes gastriques sans importance. Pas de pertes d'eau ni de sang.

A l'examen : santé générale paraissant excellente. Squelette normal, seins normaux. Il existe au niveau de la partie latérale gauche du cou et empiétant un peu sur la ligne médiane une tumeur assez volumineuse dépendant incomplètement du corps thyroïde ; cette tumeur date de la 1re enfance, a grossi peu à peu et ne paraît avoir jusqu'alors déterminé aucun trouble appréciable dans la santé de Mme X. ; le mariage et la grossesse elle-même ne paraissent avoir eu aucune influence sur son accroissement. Au point de vue obstétrical : abdomen volumineux, un peu plus qu'il n'est ordinairement dans les grossesses simples, sans tension exagérée, sans œdème.

Tissus de bonne qualité ; peu de vergetures. L'utérus ne paraît pas tordu sur son axe et présente une forme absolument régulière.

Au palper de l'excavation, je suis immédiatement arrêté en avant et à droite par une saillie volumineuse offrant tous les caractères du front. Du côté gauche je n'arrive pas directement sur la tête, mais je ne puis enfoncer mes doigts derrière le pubis ; j'éprouve à ce niveau une sensation de résistance molle, le plan résistant regarde en arrière et à gauche, les petites extrémités viennent s'offrir sous la main en avant, en haut et à droite.

Toute la partie antérieure droite de l'utérus est le siège de cette rénitence spéciale que j'avais appris à reconnaître à la Maternité

de Lariboisière, et que j'attribuai à la présence du placenta à ce niveau. A l'auscultation : deux foyers, un gauche très en arrière, un droit en avant, et assez haut à droite de la ligne médiane.

Bruits du cœur fœtal, normaux ; souffle étendu à toute la région où je localisais l'insertion du placenta et descendant très bas en avant et un peu à gauche.

Au toucher, col effacé en partie seulement, orifice interne à peine entr'ouvert. A travers le segment inférieur très mince j'arrive sur un pôle fœtal qui offre tous les caractères d'un pôle céphalique volumineux et ossifié.

Rien de particulier du côté de la vulve, du vagin ou des membres inférieurs.

Il s'agissait donc manifestement d'une présentation du sommet en OIGP, manifestement engagée, normalement fléchie : fœtus volumineux, vivant.

Je portai un pronostic favorable tout en faisant quelques réserves à cause surtout du volume de l'enfant, persuadé que j'étais que la rotation s'effectuerait et que le sommet se dégagerait en OP.

Je revis Mme X., le 13 octobre : les choses n'avaient pas changé.

Le travail débuta le 21 octobre vers 5 heures du matin par quelques douleurs peu intenses d'abord, et qui ne devinrent fréquentes, régulières et prolongées que vers 9 h. du matin ; à 10 h. lors de mon examen, je constatai que l'OIGP était devenue une OIGT : dilatation entre 0,50 cent. et 1 fr., membranes intactes, bien que Mme X. m'ait affirmé avoir perdu quelques instants auparavant une petite quantité de liquide (la valeur d'un verre à Bordeaux environ). Les bruits du cœur du fœtus étaient normaux, à midi même situation, dilatation = 1 fr., à 7 h. du soir dilatation = 2 fr., à 10 heures du soir dilatation entre 2 et 5 fr.

Le travail avait marché régulièrement toute la journée ; les douleurs se succédaient toutes les 3 minutes et duraient assez longtemps (1 minute). Néanmoins la dilatation se faisait lentement ; la tête, transversale toujours, paraissait cependant appuyer assez bien sur le segment inférieur. La poche des eaux était remarquablement plate, même pendant les contractions ; la couche de liquide interposée entre le doigt et la tête fœtale ne dépassait certainement pas 1/2 centimètre au plus fort de la douleur.

A 11 heures du soir dilatation 5 fr. ; la tête semble tourner de

plus en plus et la suture sagittale tend à dessiner le diamètre oblique gauche de l'excavation.

L'état général était bon, celui de l'enfant était excellent ; tout semblait devoir marcher à souhait, bien qu'un peu lentement (au gré de l'entourage surtout).

Peu à peu cependant Mme X... se fatigua davantage, s'énerva. A chaque douleur elle se jetait dans les bras de son mari qui se tenait du côté gauche du lit et restait appuyée contre lui le serrant de ses bras au cou. (J'insiste intentionnellement sur ces détails qui ont leur importance comme on le verra tout à l'heure.)

Vers deux heures du matin les choses n'avaient guère bougé : Même physionomie du travail, dilatation à peine plus grande que 5 francs, même position du sommet entre OIGT et OIGA.

Pensant, bien quelle ne fût pas perceptible par le palper, que la vessie était distendue et entrait pour une certaine part dans cette lenteur particulière de la rotation, j'engageai Mme X. à uriner. J'aurais voulu obtenir d'elle quelle restât dans son lit et urinât dans un bassin, elle préféra se lever, et rendit sans effort une très légère quantité d'urine et expulsa quelques matières fécales.

Elle se recoucha aussitôt et fut prise immédiatement d'une nouvelle douleur, au début de laquelle elle reprit sa situation dans les bras de son mari. « Tiens, lui dit tout à coup celui-ci, ton bébé vient de faire la culbute ».

Surpris de ce que je venais d'entendre je pratiquai le toucher et je constatai à mon grand étonnement :

1° Que la dilatation était à très peu près complète ;

2° Que la poche des eaux jusqu'alors extrêmement plate était devenue subitement volumineuse et bombait violemment ;

3° Que la suture sagittale dessinait le diamètre antéro-postérieur, mais avec la grande fontanelle en avant.

La position était devenue nettement et spontanément une OS, le palper et l'auscultation confirmaient pleinement les symptômes fournis par le toucher, tout cela s'était effectué en moins de 5 minutes. Je laissai les choses en l'état espérant encore une rotation spontanée.

Mais les douleurs s'arrêtèrent en partie ; à 2 h. 1/4 la dilatation était complète, et Mme X... commença à éprouver le besoin de pousser.

A 2 h. 1/2 je rompis les membranes, et il s'écoula une notable proportion de liquide amniotique de coloration normale.

Le sommet bien fléchi s'engagea de plus en plus et j'espérais encore une terminaison spontanée. Je plaçai Mme X... en bonne position et je la fis pousser au moment des contractions qui n'étaient en somme que peu énergiques.

A chaque effort d'expulsion, le goître augmentait de volume semblait comprimer la trachée et déterminait une sorte de cornage ; en même temps la face devenait pâle, le pouls faiblissait, Mme X..., accusait des vertiges. Il y avait de véritables lypothymies, une sorte d'asphyxie blanche ou de l'anémie cérébrale.

La tête progressant un peu j'espérais encore un accouchement spontané par les seules contractions utérines. Après quelques tentatives sans résultat appréciable, Mme X..., fut prise d'une véritable syncope, avec décoloration totale des téguments, disparition du pouls et de la respiration sans qu'il se fût échappé encore une seule goutte de sang par la vulve. Je fus assez effrayé et je n'hésitai plus. Je ranimai de mon mieux ma parturiente, et je lui fis défense absolue de pousser.

J'obtins sans peine d'elle et de son entourage l'autorisation de faire une application de forceps.

J'hésitai un moment sur la conduite que j'allais tenir, et ma première pensée fut d'agir dans l'espèce comme je l'avais fait tant de fois et avec succès à la Maternité de Lariboisière ; c'est-à-dire introduire la main toute entière, ramener *ipso facto* la tête en transversale et dégager en OP. Je me reportai alors à cette physionomie si particulière du 3e temps de l'accouchement, de cette rotation amenant si lentement la tête de OIGP à OIGT, et plus lentement encore vers OIGA, quelle semblait n'avoir pu atteindre ; à ce revirement si brusque vers OS, je me représentai en outre le volume assez considérable de la tête et je craignis qu'une particularité quelconque (c'était dans l'espèce cette sensation obtenue le 1er jour au palper de l'excavation) ne m'empêchât d'obtenir la rotation même avec le forceps.

Considérant en outre l'état assez sérieux dans lequel se trouvait Mme X., j'optai pour l'application directe et le dégagement en OS.

J'appliquai le forceps Tarnier petit modèle, à 3 heures du matin ; l'introduction, et l'articulation des branches furent des plus faciles.

Je commençai à tirer excessivement lentement, en empêchant Mme X., de pousser et en utilisant les contractions utérines.

L'état de santé du fœtus étant parfait, celui de la mère s'étant un peu amélioré depuis que j'avais supprimé les efforts expulsifs, j'avais tout mon temps.

Je mis un grand 1/4 d'heure à faire l'extraction en n'employant qu'une seule main à la fois, mais en usant toute leur force, j'amenai le front sous la symphyse, je dégageai ensuite l'occiput et enfin la face et le menton.

A 3 heures 20 j'avais extrait une superbe fille pesant 4,500 gr. et criant vigoureusement. Prise très régulière, légère déchirure du périnée pour laquelle je fis deux sutures au crin de Florence.

N'ayant pas sous la main d'instruments propres à la mensuration je dus me borner à prendre exactement les 3 circonférences suivantes :

Circonf. O. M. = 40,
Circonf. O. F. = 35,
Circonf. S. O. B. = 34.
Diamètre B. T. environ 8 1/2.
» B. P. » 9 1/2.

Délivrance naturelle 20 minutes après. Hémorrhagie assez abondante après la délivrance.

Liquide amniotique abondant, coloration normale. Membranes complètes, entières.

La déchirure s'était effectuée à 6/35.

L'examen des annexes me réservait d'autres surprises.

Il existait manifestement deux placentas ; l'un, le principal, énorme, très épais, à peu près circulaire, mesurait 19 cent. de hauteur sur 23 cent. de largeur, et présentait une circonférence de 63 cent. A part ces dimensions il n'offrait rien de particulier.

Au-dessous de lui, un peu à gauche, je constatai l'existence d'un 2e placenta, d'un placenta secondaire de dimensions plus réduites mais respectables encore puisqu'il mesurait 11 cent. de hauteur sur 9 cent. de largeur. Sa forme rappelait vaguement celle d'un triangle dont on aurait arrondi les angles : sa partie la plus large était la plus voisine du placenta principal, le sommet du triangle dévié un peu en bas et à gauche mesurait encore 3 ou 4 cent. de largeur. La base du triangle formée par ce placenta secondaire était à peu près tangente à la circonférence du grand placenta

et par transparence on constatait nettement l'existence d'un intervalle très étroit où les membranes seules existaient.

Ce qui me frappa dès l'abord ce fut la différence très nette existant entre ces deux placentas : tandis que le placenta principal était gras, épais, gorgé de sang, le placenta secondaire, surtout dans sa partie supérieure, semblait aplati, aminci, comprimé.

Le cordon assez court (40 cent.) présentait une disposition par ticulière, nécessitée dans l'espèce par l'existence de ce placenta secondaire. Il s'insérait au niveau de l'intervalle séparant les 2 placentas à peu près au point de tangence. A 3 cent. environ de son insertion qui était marginale pour les 2 placentas, il se divisait en 2 ordres de vaisseaux : les uns supérieurs, plus nombreux, plus volumineux, plus gorgés de sang, allant se distribuer au placenta supérieur, par des rameaux sensiblement parallèles ; les autres, inférieurs, au nombre de 6,accolés deux à deux, plus petits, affaissés, allant se distribuer au placenta secondaire dans lequel leur distribution paraissait moins régulière.

Toutes ces branches vasculaires du point de division du cordon, étaient à la fois réunies et séparées par des gaines amniotiques formant autant de méso.

Dans toute l'étendue du cordon, il n'existait qu'une seule veine et deux artères offrant leurs rapports ordinaires.

La déchirure des membranes s'était produite à 6 cent. environ du bord inférieur du placenta principal.

Suites de couches physiologiques ; la température n'a jamais dépassé 37°,5 ; réunion par 1re intention de la plaie périnéale.

Inutile d'ajouter que l'antisepsie la plus rigoureuse a été pratiquée avant, pendant et après l'accouchement.

Réflexions. — Cette observation me parait présenter un certain nombre de points intéressants sur lesquels je désire insister un peu : 1° l'existence d'un placenta secondaire ; 2° la physionomie particulière du 3e temps de l'accouchement (rotation interne) ; 3° l'influence de l'hypertrophie du corps thyroïde sur la période d'expulsion ; 4° le rôle de la poche des eaux sur la dilatation de l'orifice utérin.

A. *Placenta secondaire.* — Les faits de placentas doubles sans être précisément une rareté ne sont pas extrêmement

fréquents : On cite les faits d'Ebert, de Dubois, de Cazeaux, de Bustamente et de Sirelius (1), et il me semble rationnel d'admettre pour expliquer leur existence la théorie adoptée pour les cotylédons surnuméraires à savoir la persistance de la vascularisation d'un groupe plus ou moins considérable de villosités choriales éloignées du placenta. Quels qu'en soient la cause et l'intérêt qu'excitera la constatation de cette anomalie, ce n'est pas là ce qui fait, dans l'espèce, l'importance de ce placenta secondaire. J'ai insisté dans la description que j'en ai donnée plus haut sur sa situation par rapport au placenta principal : en bas et à gauche, sur sa forme vaguement triangulaire et sur ce fait que, plongeant dans l'excavation par sa partie la plus inférieure, il m'avait paru interposé entre mes doigts et la tête fœtale, qu'il m'empêchait de percevoir et fournissait cette sensation particulière de résistance molle qui aurait dû attirer davantage mon attention lors du 1er examen que je fis de ma parturiente. Le point de déchirure des membranes, la reconstitution de l'œuf après la délivrance indiquent nettement qu'une partie de ce placenta occupait un point de l'excavation. Son affaissement, son aplatissement si frappants comparativement à l'état du placenta principal prouvent suffisamment la compression qu'il a eue à supporter de la part de la tête fœtale au moins pendant les dernières heures du travail et pendant l'extraction.

B. *Physionomie particulière du 3e temps de l'accouchement.* — Si je reprends l'histoire de l'évolution de la tête fœtale dans l'observation ci jointe, je constate lors de mon 1er examen une tête volumineuse bien fléchie, manifestement engagée en OIGP, chez une primipare à 8 mois 1/2, présentant un bassin normal et fortement constituée; le 23 octobre, 12 jours plus tard, 5 heures environ après le début du travail la position a changé et elle est devenue nettement transversale, 12 heures plus tard la suture sagit-

---

(1) Art. Placenta. *Dict. encyclopédique des sciences médicales*, t. XXV, p. 509.

tale a franchi le diamètre transverse et tend à dessiner le diamètre oblique gauche sans l'atteindre toutefois. Pendant 3 grandes heures elle reste dans cette situation, puis subitement, sans raison apparente, la tête opère une brusque volte-face, parcourt en un clin d'œil le 1/3 de la circonférence de l'excavation et devient une occipito-sacrée bien franche.

En somme, trois périodes distinctes, une première assez lente pendant laquelle j'ai assisté à la marche normale de la rotation ; une 2e ayant duré environ 3 heures, pendant laquelle la tête est restée stationnaire aux environs du diamètre oblique gauche, une 3e très courte pendant laquelle la tête a perdu tout le chemin gagné, et s'est précipitée dans la concavité du sacrum. Que s'est-il donc passé dans l'espèce et à quoi attribuer ce revirement si subit ?

Il ne peut être question d'admettre avec les anciens auteurs un *mécanisme normal.* Il a été fait bonne justice de la terminaison nécessaire en OS. de toutes les occipito-postérieures ; la grande autorité de nos maîtres, la rareté extrême du dégagement en OS. dans les occipito-postérieures (pas même 2 0/0 d'après Bataillard), et surtout dans l'espèce ce fait que j'ai assisté à la rotation normale de cette tête ayant spontanément progressé de OIGP. jusqu'à très peu près OIGA, m'empêchent absolument d'invoquer ce mécanisme.

Je n'accuserai pas d'avantage le *volume de la tête fœtale* et cela pour les mêmes raisons : quant à la *déflexion* de la tête je ne l'ai pas constatée un seul instant bien que je l'aie recherchée à plusieurs reprises.

Je ne puis d'avantage invoquer le *défaut d'accommodation* qui s'était produit et avait permis une rotation assez étendue (1/3 de l'excavation).

Quant aux *manœuvres intempestives* je ne voulais ni ne pouvais en faire : d'abord parce que la rotation s'effectuait spontanément, et en outre parce que la dilatation était au moment de mon examen précédent à peine plus grande qu'une pièce de 5 francs.

Je me suis demandé pendant l'accouchement si la réplétion de la vessie n'était pas pour quelque chose dans cet arrêt de la rotation. Mais outre que Mme X.., avait uriné plusieurs fois pendant la journée, et qu'on ne percevait pas la vessie distendue au palper, on se souvient que je la fis uriner, et qu'à ce moment elle rendit sans effort une très légère quantité d'urine. Je suis néanmoins convaincu que dans un certain nombre de cas, et je n'ai qu'à me rappeler les faits nombreux que M. le professeur Pinard m'a mis sous les yeux à la Maternité de Lariboisière, la réplétion de la vessie peut déterminer un obstacle aux divers mouvements que la tête doit exécuter dans l'excavation (flexion, engagement, rotation). C'est certainement à cette idée que je me fusse arrêté si je n'avais dans l'espèce cru découvrir du côté du placenta secondaire le véritable obstacle à cette rotation si bien commencée.

Il me paraît absolument logique d'admettre que ce placenta secondaire plongeant dans l'excavation par son extrémité inférieure et y faisant un relief d'au moins 2 centim. a pu jouer par rapport à l'occiput le rôle d'un taquet contre lequel celui-ci a buté pendant près de 3 heures sans arriver à le franchir. Pas assez volumineux ni étendu pour empêcher l'engagement ; il a pu de par sa situation en avant et à gauche, influencer la descente de la tête en OIGP : et par son relief il a opposé un obstacle insurmontable à la rotation complète.

Quant au revirement brusque subi par la tête et le fœtus tout entier (revirement si nettement perçu par le mari), il me paraît assez difficile à expliquer, je ne puis admettre que les mouvements de la parturiente bien qu'un peu exagérés, d'une part, que les efforts légers faits pour se lever et nécessités par la miction et la défécation aient été suffisants pour amener ce résultat ; je pense plutôt que la vessie et le rectum ayant été vidés, la tête est devenue un peu plus libre dans l'excavation et que sous l'influence d'une contraction plus forte, prenant un point d'appui sur le taquet placentaire elle aura exécuté et avec elle le fœtus tout entier un mouvement

de bascule dont la terminaison aura été la chute de l'occiput dans la concavité du sacrum ; l'intégrité des membranes, la quantité assez grande du liquide amniotique, le mouvement même de la femme se serrant contre son mari par l'intermédiaire du plan latéral antérieur du fœtus ont dû y aider puissamment.

C. *Influence de l'hypertrophie du corps thyroïde sur la période d'expulsion.* — Je me suis demandé tout d'abord si les troubles sérieux observés chez Mme X... au moment de la période d'expulsion ne devaient pas être rapprochés de ceux décrits par le Dr Sentex dans son mémoire de 1872. L'existence d'une hypertrophie notable d'une grande partie du corps thyroïde, l'explosion des accidents coïncidant avec les efforts d'expulsion, et s'accompagnant d'une augmentation momentanée du volume de la tumeur, les phénomènes laryngés (cornage) et la sédation de tous les accidents en dehors de l'effort pour pousser m'engagent à rapporter tous les phénomènes graves à un fait de compression de la trachée, et surtout des gros vaisseaux du cou déterminant de l'anémie cérébrale, et son cortège symptomatologique.

D. *Rôle de la poche des eaux sur la dilatation brusque de l'orifice utérin.* — Reste enfin à signaler ce fait singulier de la brusquerie de la dilatation de l'orifice utérin survenue en même temps que la mutation de position, et coïncidant avec la formation d'une poche d'eaux volumineuse.

Si l'on se reporte à l'observation on constatera combien la dilatation a été lente à se produire, puisque, égale à une pièce de 1 franc à 10 h. du matin, elle avait à peine dépassé les dimensions d'une pièce de 5 francs à 11 h. du soir. A ce moment les bords de l'orifice étaient minces, paraissaient durs et résistants, et certes je n'aurai jamais osé tenter une intervention à travers un pareil orifice même en cas d'urgence. Et là, brusquement, en une douleur, la dilatation devient peu à peu complète. Il est vrai que jusqu'alors la poche des eaux était extrêmement plate, et contenait une très mince proportion de liquide : au contraire, aussitôt la

mutation opérée, il semble que le liquide amniotique trouvant issue de chaque côté de la tête (au niveau des diamètres vides) se soit précipité dans la poche et ait forcé l'orifice jusqu'à le dilater en une seule poussée, à très peu près complètement. Je n'ai pu m'empêcher de songer à ce moment au merveilleux ballon de M. Champetier de Ribes et à la possibilité d'obtenir avec lui une dilatation forcée suffisante, bien plus tôt qu'on ne pense, en cas d'intervention urgente.

En résumé, je crois devoir conclure de tout ce qui précède que, sans deux circonstances exceptionnelles, à savoir : l'existence d'un placenta secondaire plongeant dans l'excavation, et la présence d'une hypertrophie du corps thyroïde, tous les phénomènes mécaniques de l'accouchement se fussent succédé normalement et que M[me] X. eût expulsé spontanément son fœtus malgré la position primitive en OIGP. et le volume de l'enfant (4,500 gr.).

Je suis convaincu qu'à tout dégagement en OS il y a une cause qui doit être cherchée en dehors du mécanisme naturel de l'accouchement.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 14 novembre 1889.

Présentations : POLAILLON. **Fibro-myôme volumineux de l'utérus, obtenu par l'hystérectomie abdominale.** — La pièce provient d'une jeune femme de 29 ans. Des accidents ménorrhagiques et des phénomènes de compression avaient rendu l'intervention nécessaire. Hystérectomie abdominale, avec traitement *extra-péritonéal* du pédicule. Suites opératoires assez simples. La femme qui est au 17e jour après l'opération, est en bonne voie de guérison.

VERRIER. *a)* **Lobe placentaire, provenant d'un placenta succenturié,** qui fut expulsé, le lendemain d'un accouchement normal, en donnant lieu à une hémorrhagie.

b) **Débris membraniformes**, expulsés après suppression d'une période menstruelle, et au milieu de phénomènes analogues à ceux qui accompagnent l'avortement. L'examen histologique fait par M. Duval, démontra qu'il s'agissait de *fibrine décolorée.*

LOVIOT. **Tumeur stercorale du petit bassin.** — Chez une dame de 32 ans, sujette à une constipation rebelle, et qui se plaint d'une sensation douloureuse de pesanteur au périnée, Loviot constate, par le toucher rectal, la présence, dans le rectum, d'une tumeur stercorale, dure. et assez élevée. Il prescrit des lavements, qui n'amènent pas d'évacuation. Le lendemain, à une nouvelle exploration, la tumeur reste inaccessible, *elle est remontée.* En fin de compte, il chloroformise la malade, introduit la main entière dans le vagin, arrive sur la tumeur, la fixe par en haut, puis la mobilise par des pressions exercées à travers la paroi recto-vaginale. Grâce à ce procédé, l'expulsion est facilement obtenue. La tumeur, de la grosseur d'une petite orange, était, à son centre, constituée par un noyau dur, rappelant par son aspect le sel de Vichy. Des recherches bibliographiques qu'il a faites, il ressort que les auteurs ont négligé ces sortes de faits, et que, seul, M. Péan signale les avantages de l'utilisation de la voie vaginale pour l'extraction de ces sortes de tumeurs. Péan cite, en effet, dans ces cliniques, le cas d'une femme, qui lui fut adressée par un confrère avec le diagnostic de fibrome de l'utérus, mais qui en réalité ne présentait qu'une tumeur stercorale, dont il la débarrassa en se servant du toucher vaginal.

Discussion. — A GUÉRIN, relate un cas dans lequel, ayant trouvé une tumeur stercorale, énorme, dure comme du ciment, et *fixée*, il employa la gouge et le maillet et réussit, de cette façon, à débarrasser la femme, sans qu'il résultât le moindre inconvénient de cette intervention énergique.

SCHWARTZ, cite une observation analogue, dans laquelle on ne procéda au morcellement de la masse qu'après chloroformisation. D'une manière générale, il croit qu'il faut faire une distinction, quant au traitement, entre les accumulations énormes de matière fécale (*coprostase*), et les tumeurs stercorales de moyen volume, développées par exemple autour d'un calcul (*coprolithes, entérolithes*). Le procédé conseillé par Loviot, lui paraît devoir seulement s'appliquer aux dernières.

GUÉNIOT. — **Excision des gros polypes, particulièrement des polypes géants de l'utérus.** — Par polypes *gros* l'auteur entend des

polypes de la grosseur d'un œuf à une orange, par polypes *géants*, ceux dont le volume excède les dimensions normales du vagin, et qui, en conséquence, produisent un certain refoulement en haut de l'utérus, une surdistension des parois vaginales, et une compression des organes voisins (vessie, rectum). Or, pour l'ablation en particulier des polypes géants, depuis plusieurs années déjà, il recommande le *serre-nœud ou constricteur de Maisonneuve*. Les conditions de *souplesse*, de *flexibilité*, de *rigidité*, de l'instrument en même temps que la possibilité de *fixer l'anse métallique sous n'importe quel angle*, en font la supériorité. Récemment encore, il a eu l'occasion de constater ses divers avantages. Il s'agissait d'une femme de 46 ans, qui avait eu plusieurs enfants, qui depuis quelques années était sujette à des métrorrhagies répétées liées à la présence d'un polype géant, d'où un état général grave, et une indication urgente à intervenir. Or, à l'aide du constricteur de Maisonneuve, il réussit à extirper une portion de la tumeur, portion grosse comme une petite tête de fœtus à terme. Hémorrhagie insignifiante au cours de l'opération. Suites opératoires très simples. Mais, contrairement à ce que l'on avait pu espérer, le reste de la tumeur ne fut pas expulsé. R. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

M. Pinaud présente un **kyste dermoïde suppuré de l'ovaire gauche** opéré chez une femme à l'autopsie de laquelle on trouva du côté opposé une *pyosalpingite* avec *ovarite chronique*.

M. Poirier fait une communication sur les **lymphatiques du péritoine utérin**. Il a pu injecter un réseau de lymphatiques superficiels immédiatement au-dessous de l'endothélium péritonéal. Les rameaux partis de ce réseau très riche, gagnent la grande anastomose lymphatique qui court sur les côtés de l'utérus, parallèlement à l'artère utérine ; ce réseau communique avec les lymphatiques de l'utérus.

M. Potherat trouve là l'explication de l'arrêt d'accidents péritonitiques aigus ou subaigus consécutif au curage utérin.

M. Broca fait observer que ces améliorations s'expliquent tout aussi bien en admettant l'hypothèse d'une propagation au péritoine par les trompes.

M. Cornil pense qu'il n'y a là que le résultat de la suppression

du foyer primitif d'infection, quelle que soit la voie de cette infection. Il n'accorde qu'une médiocre confiance aux injections mercurielles faites sur des pièces putréfiées.

M. Poirier affirme qu'il est facile de reconnaître un réseau très riche d'une infiltration lymphatique, que, du reste, le fait que l'injection gagne les gros vaisseaux, suffit à lever tous les doutes. L'amélioration de la pelvipéritonite à la suite du curage est comparable à celle du bubon inguinal à la suite de la désinfection d'une plaie infectieuse du pied.

REVUE ANALYTIQUE

I. — TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES POST PARTUM

Du tamponnement de l'utérus dans les hémorrhagies post-partum. (Ueber die Uterustamponade bei atonischen post-partum Blutungen.) Duhrssen. *Berl. Klinisch. Wochens.*, 1889, nº 44.

Le tamponnement de l'utérus avec de la gaze iodoformée contre les hémorrhagies *post partum*, procédé particulièrement préconisé par Dührssen, est, à l'heure actuelle, fort connu. Aussi, c'est surtout pour répondre à certaines objections faites par Graefe (1), que l'auteur aborde de nouveau ce sujet. A ces objections, voici les arguments qu'il oppose : 1) les faits cliniques sur lesquels repose la méthode, sont plus nombreux que ne paraît le penser Graefe ; à l'heure actuelle, il existe un ensemble de 79 cas ; 2) le tamponnement de l'utérus provoque des contractions énergiques même dans des cas où frictions, ergotine et injections chaudes sont restées inefficaces ; cela est confirmé même par le cas communiqué par Graefe ; 3) le tampon n'agit pas seulement par les contractions qu'il détermine, mais aussi par la compression qu'il exerce ; 4) à la question posée par Graefe : *s'agissait-il dans les cas publiés de tamponnement de l'utérus, d'atonie utérine grave ou non ?* n'est-il pas rationnel d'opposer celle-ci : *Le tamponnement de l'utérus représente-t-il le moyen hémostatique le plus sûr ?* or, la réponse n'est pas douteuse. L'action double du tampon (dynamique et mécanique) fait sa supériorité. Mais il

(1) *Berlin. Klinisch. Wochens.*, 1889, nº 41.

importe de ne pas attendre pour y recourir qu'on ait déjà constaté successivement l'impuissance de tous les autres procédés. Il réussit dans tous les cas d'hémorrhagie par atonie utérine *pure*. Dans le cas de Fritsch, invoqué contre le tamponnement, il s'agissait, d'après Fritsch lui-même, d'un cas spécial, atonie utérine compliquée de déchirure du col; 5) contrairement à l'assertion de Graefe, on peut, à condition qu'on assure, par un tamponnement partiel du vagin, la fixité du tampon utérin, compter sur une action hémostatique durable de celui-ci (Dührssen estime qu'il faut environ 6 m. de gaze, de la largeur de la main pour le tampon utérin et autant pour le tampon du vagin), Graefe a cité un cas où l'hémorrhagie se reproduisit après le tamponnement. Or, précisément le tampon avait été expulsé dans le vagin. Il ajoute, qu'après avoir refoulé la gaze dans l'utérus, celui ci montra encore de la tendance à se relâcher. Mais, il ne dit pas si la perte de sang reparut. Ce qui n'arrive pas. Car, si l'on observe à la vérité, des alternatives de contraction et de relâchement, il n'est pas moins certain que le tamponnement ne trouble en rien la rétraction utérine normale, qu'elle la favorise au contraire, et que par là, toute crainte de nouvelle hémorrhagie est écartée. Il est possible, toutefois, qu'il se produise quelques cas d'insuccès, mais il serait injuste d'attribuer à la méthode ceux qui sont le résultat d'une application tardive, défectueuse, incomplète de celle-ci.

R. L.

Six cas heureux de tamponnement de l'utérus pour des hémorrhagies post partum par inertie utérine. (Sechs Fälle von erfolgreicher Tamponade des puerperalen uterus bei atonischen Blutungen.) H. Born. *Cent. f. Gynäk.*, 1889, n° 25, p. 430.

Bien avant le travail de Dührssen, sur le tamponnement de l'utérus puerpéral on faisait à la *Frauenklinik* de Breslau, dans les cas d'avortement, suivre le curettage de la matrice du tamponnement et celui-ci avait pour effet, non seulement de prévenir toute hémorrhagie, mais encore de compléter le curettage, car, quand on ôtait la gaze iodoformée qui avait servi pour le tampon, on y constatait la présence de débris ovulaires qui avaient échappé à la curette ou au doigt. Mais, on se défiait davantage du tamponnement, pour les cas où il s'agissait d'un utérus à terme, récemment évacué. En raison surtout, de la distension considérable dont est, à

ce moment, passible la matrice. Parce qu'aussi, on y avait eu recours dans quelques cas et sans succès. Mais, à la suite des cas heureux publiés de tous côtés, on a de nouveau eu recours à la méthode, et l'on a eu de sérieuses raisons de penser que, pour les cas antérieurs, l'insuccès devait être plutôt attribué à des conditions toutes spéciales, qu'à la méthode elle-même.

Suit la relation de six cas, dans lesquels le tamponnement utérin a eu un plein succès ; et dans deux desquels, de l'avis de l'auteur, on lui dut le salut de la femme.

Conclusions : Quand il y a inertie utérine, si on ne réussit pas promptement à la faire cesser par les moyens ordinaires, il importe de ne pas insister longtemps sur l'emploi de ces moyens ; on a, alors, dans le tamponnement de l'utérus un agent puissant contre les hémorrhagies par atonie utérine. En ce qui concerne la puissance hémostatique du tampon, elle doit être rapportée, d'une part, à son action stimulante sur la contractilité utérine et sans doute aussi au fait que la gaze iodoformée, par la large surface de contact qu'elle offre au sang, favorise sa coagulation. Dans aucun des six cas observés, on ne releva rien qui fut au désavantage de ce procédé. R. L.

Quatre cas heureux de tamponnement de l'utérus pour inertie utérine. (Vier Falle von erfolgreicher Uterustamponade bei Atonie.) ECKERLEIN. *Cent. f. Gyn.*, 1886, nº 26.

L'auteur relate, en détail, 3 observations d'hémorrhagies *post partum*, et une d'hémorrhagie *secondaire*, survenue au 13e jour des suites de couches. Dans ces 4 cas, frictions, injections d'eau très chaude, étaient restées impuissantes. Par contre, le tamponnement se montra rapidement efficace, même dans le cas de l'hémorrhagie secondaire, où l'hémostase ne fut due qu'à la compression exercée par le tampon. Car, la contraction utérine qui se développe habituellement grâce à l'action stimulante du tampon, fit absolument défaut. D'autre part, l'auteur put, dans un de ces cas, constater qu'il était facile, même sans spéculum, sans pinces, et rien qu'avec les doigts, d'introduire la gaze iodoformée dans la cavité utérine. Dans un autre, à la gaze iodoformée dont on était dépourvu, on substitua du linge propre, préalablement plongé dans une solution phéniquée à 5 0/0 et exprimé, et le résultat fut tout aussi heureux. R. L.

Des hémorrhagies post partum. (Ueber Blutungen post partum.) GRENSER., *Cent. f. Gyn.* 1889, nº 30, p. 531.

L'auteur n'a pris en considération que des cas, ayant comme caractère commun, ce fait que les femmes avaient au moins eu, à cause de l'hémorrhagie. une perte de connaissance prolongée. En tout 20 cas, 11 d'hémorrhagies après avortement, 11 d'hémorrhagies après accouchement à terme. Toujours, il y avait eu des symptômes graves, et deux fois arrêt de la respiration. Or, pas une des malades n'a succombé.

Sous le rapport du traitement, l'auteur insiste sur l'importance de l'évacuation *complète* de l'utérus. Cela fait, il conseille, indépendamment de la ligature des extrémités et du décubitus horizontal, parmi les moyens analeptiques, surtout les injections d'éther (dans un des cas, il en fut fait 9); enfin, il compte sur les bons effets des injections sous-cutanées de solution physiologique de sel de cuisine. R. L.

Des injections chaudes à 40° R. post partum. (Heisse Ausspülungen von 40° R. post partum.) DEIPSER. *Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 22, p. 378.

Il est prudent, après tout accouchement, de pratiquer des injections pour prévenir ou arrêter sur place un commencement d'infection. Attendre la constatation de phénomènes (fétidité des lochies, sensibilité anormale au niveau de l'utérus, fièvre) qui, d'une façon formelle, indiquent qu'il y a danger imminent d'infection ou même infection établie, c'est s'exposer à intervenir trop tard, quand l'organisme est déjà atteint. A quel moyen prophylactique avoir recours ? Le sublimé, en raison des accidents possibles d'intoxication, doit être écarté. En ce qui concerne l'acide phénique, on sait que la plupart des sages-femmes n'en usent que d'une manière tout à fait insuffisante. Enfin, la créoline ne méritera d'être en vogue qu'après qu'on aura réussi à lui assurer une fixité de composition et par suite une sûreté d'action qu'elle n'a pas aujourd'hui. D'autre part, suivant l'auteur, il est possible de réaliser le but — prévenir ou enrayer l'infection — d'une manière à peu près certaine, et par un procédé qui ne comporte aucun inconvénient : *après tout accouchement, et peu après l'expulsion du délivre, pratiquer une injection d'un litre d'eau à 40° ; un bassin étant placé sous le siège de l'accouchée, et celle-ci ayant le haut du*

corps incliné. Cette injection est renouvelée une fois par jour, et durant 6 jours.

Ces injections chaudes, si elles ne tuent pas les germes infectieux, en atténuent, tout au moins, et d'une manière suffisante, la virulence. En outre, elles sont un des moyens hémostatiques les plus efficaces contre les hémorrhagies *post partum*, et par les contractions qu'elles provoquent, elles ferment les orifices qui, après l'accouchement, sont autant de voies ouvertes à l'infection. Enfin, elles peuvent être pratiquées par les sages-femmes, sans qu'il résulte de ce fait aucun danger pour leurs clientes. R. L.

Doit-on dans les cas d'anémie grave consécutive à une hémorrhagie interne recourir aux injections de solutions de sel de cuisine? (Darf die subkutane kochsalzinfusion bei schwerer Anämie in Folge innerer Blutung angewendet werden?) CHAZAN, *Cent. f. Gyn.*, 1889, nº 33.

Un sujet présente les symptômes d'anémie aiguë qui accompagnent les hémorrhagies internes graves, quelle doit être la conduite du médecin ? Si l'on a des motifs de supposer que l'hémorrhagie est arrêtée, la détermination à prendre n'est pas toujours nettement indiquée. Schröder dit : « *Quand l'hémorrhagie paraît être arrêtée, il faut renoncer à toute espèce de manœuvres, et même n'employer les stimulants qu'avec beaucoup de circonspection, exclusivement dans les cas où ils paraissent nécessaires pour soutenir l'action défaillante du cœur. Car, une excitation trop vive du cœur risquerait de produire un retour de l'hémorrhagie* ». Or, les injections sous-cutanées de solutions de sel de cuisine étant un des moyens stimulants les plus actifs, la question se pose de savoir si l'on doit y recourir pour prévenir un collapsus imminent, ou les proscrire dans la crainte de provoquer une hémorrhagie nouvelle ? C'est suivant l'auteur, à la clique de répondre. A ce sujet, il relate l'observation suivante : X..., 24 ans, 2 accouchements antérieurs normaux et 1 avortement. Dernière menstruation du 2 au 6 février 1889. En mars pas de menstruation, mais tous les symptômes d'un début de grossesse. De plus, à plusieurs reprises, apparition de douleurs hypogastriques. Le 11 avril, exacerbation des accidents, apparition de douleurs expulsives, et, à un certain moment, sensation dans le ventre d'une douleur spéciale, suivie bientôt de phénomènes généraux

graves : décoloration, refroidissement des téguments, respiration suspirieuse, pouls imperceptible, *collapsus*. *Examen vaginal :* utérus mou, antéfléchi, gros comme pour une grossesse de 2 à 3 mois, orifice interne fermé. A droite et en arrière de l'utérus tumeur remplissant le cul-de-sac de Douglas. *Diagnostic :* hémorrhagie interne consécutive à la rupture d'une grossesse tubaire. *Traitement :* les moyens ordinaires n'ayant pas réussi à enrayer les accidents, l'auteur injecta au-dessous de la clavicule gauche 200 grammes d'une solution de chlorure de sodium. Cette injection fut suivie d'une amélioration très marquée, dont on profita pour faire prendre à la malade du lait et du bouillon, mais qui ne dura que quelques heures. On fit alors à la face interne du bras droit une 2e injection de 300 gr. de la même solution chlorurée sodique. L'action fut aussi favorable, et, de plus, persista. La *guérison* fut complète. Le 27 mai, l'exploration vaginale permit les constatations suivantes : utérus complètement revenu sur lui-même, petit, dur, légèrement antéfléchi. En arrière de l'utérus, tumeur du volume d'un œuf de poule, un peu irrégulière, assez résistante, et légèrement sensible. Paramétrium et périmétrium, de chaque côté de l'utérus, libres, avec un peu de sensibilité à droite.

R. L.

Contribution à l'étude de l'emploi des injections de solution de chlorure de sodium dans les cas d'anémie aiguë, consécutive à des hémorrhagies internes. (Beitrag zur Frage der anwendung von Kochsalzinfusion bei schwerer akuter Anämie in Folge innerer Blutung.) U. Wiercinsky. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 41.

A la suite d'une hémorrhagie, la pression sanguine s'abaisse, les vaisseaux qui donnent du sang deviennent plus étroits, conditions qui favorisent le processus de thrombose et la solidité du caillot une fois qu'il est formé. Or, l'injection *intra-veineuse* d'une solution de sel de cuisine va à l'encontre de ces conditions favorables, car elle produit l'hydrémie, élève la pression sanguine et active le mouvement circulatoire, circonstances plutôt de nature à provoquer une hémorrhagie nouvelle. Par contre, l'injection *sous-cutanée* ne détermine ni une hydrémie aussi marquée, ni une élévation aussi brusque de la pression du sang, aussi est-elle préférable. En outre, mieux vaut faire, à intervalles de 10 à 15 minutes des injections de 100 à 200 grammes, que d'injecter, d'un coup, de 1000 à 1500 grammes de liquide. R. L.

De l'importance des injections sous-cutanées de solutions de chlorure de sodium dans le traitement des anémies graves. (Ueber den Werth der subcutanen Kochsalzinfusion zur Behandlung schwerer Anæmie.) MUNCHMEYER. *Arch. f. Gyn.* Bd XXXIV. Hft 3.

Après un exposé, circonstancié, des moyens, des procédés à l'aide desquels on a essayé de combattre les accidents graves produits par les pertes de sang considérables (transfusion, injections intraveineuses, intra-péritonéales de solutions chlorurées-sodiques, emploi d'un mélange de sang et de solution chlorurée-sodique), l'auteur s'occupe, très en détail, des *injections sous-cutanées de solutions de sel de cuisine*, auxquelles il donne la préférence. Il relate 8 observations, très encourageantes, de la lecture desquelles il paraît nettement ressortir qu'en effet, les malades ne durent leur salut qu'à cette méthode. Dans 7 de ces cas, il s'agissait d'hémorrhagies survenues à l'occasion de l'accouchement (placenta *prævia*, inertie utérine...,), dans le 8e de phénomènes graves de collapsus, chez une femme qui venait de subir une myomotomie. « La solution chlorurée-sodique employée est titrée à 0,6 p. 0/0. Elle est préalablement rendue stérile par un séjour de plusieurs heures dans un appareil à stérilisation. Quand on veut s'en servir, on commence par la porter à la température de 37°. L'outillage nécessaire est des plus simples : une fine aiguille à injecter, un tube en caoutchouc, et un entonnoir en verre de moyen volume ».

Conclusions. — Des huit cas observés, il paraît ressortir qu'on peut, grâce à l'injection *sous-cutanée* de grandes quantités d'une solution de sel de cuisine, stérilisée et portée à la température du ang, combattre promptement l'état de faiblesse produit par de grandes pertes de sang. En général, il suffit d'un litre de solution. Contrairement à l'injection intra-veineuse, l'injection sous-cutanée n'offre aucun danger. D'autre part, elle n'est pas douloureuse. Les points d'élection, sont les régions sub-claviculaire et interscapulaire. L'opération, accessible aux praticiens même peu expérimentés, exerce uno action durable, R. L.

II. — OPÉRATION CÉSARIENNE

Opération césarienne dans un cas de carcinome de l'utérus. (Ein Fall von Kaiserschnitt bei carcinoma utéri.) TEUFFEL. *Arch. f. Gyn.*, 1889. Bd XXXVI, p. 353.

Le centre de l'excavation était occupé par une sorte de paroi

rigide, constituée par des masses cancéreuses, irrégulières. L'accouchement à terme, ayant débuté depuis 2 jours, était presque impraticable par les voies naturelles, et eût mis en grand péril la vie de l'enfant. On fit la section césarienne qui ne présenta pas de difficultés considérables. En raison de l'état de dégénération du tissu utérin, on n'appliqua pas autour du col de lien élastique, mais l'on chercha à réaliser l'hémostase, en comprimant la portion inférieure de la matrice contre la symphyse pubienne. L'extraction de l'enfant et de l'arrière-faix fut facile. La plaie utérine fut réunie au moyen d'une double rangée de sutures, suture profonde, suture superficielle, mais *sans résection de tranche musculaire ni dissection de la séreuse.* Enfant vivant. Suites opératoires très bonnes, la femme put quitter la clinique 14 jours après avoir été opérée. Malheureusement elle mourut 7 jours plus tard, du fait de son affection cancéreuse. Quant à l'enfant, qui durant les premiers jours s'était parfaitement développé, il succomba aux convulsions 14 jours après sa naissance.

R. L.

Contribution à l'opération de Porro. (Ein Beitrag zur Porro-Operation.) BEAUCAMP. *Arch. f. Gyn.*, 1889. Bd XXXVI. Hft 2, p. 538.

Sans vouloir contester les perfectionnements considérables apportés à l'opération césarienne *conservatrice*, l'auteur pense que l'opération de Porro a des indications plus nombreuses que ne paraissent l'accepter bon nombre de chirurgiens. Pour lui : 1) *quand il y a infection du canal génital, comme il est indiqué de ne pas procéder à une suture de l'utérus, c'est à l'opération de Porro qu'on doit avoir recours, comme étant la moins dangereuse;* 2) *quand, par suite de la présence d'un cancer de l'utérus, l'opération césarienne devient nécessaire, comme il est, pour ainsi dire, impossible d'assurer un état absolument aseptique de l'utérus, c'est encore à l'opération de Porro qu'on donnera la préférence;* 3) *de même, dans tous les cas d'ostéomalacie, dans lesquels l'opération césarienne s'impose, l'opération de Porro doit l'emporter sur la section césarienne conservatrice complétée par la castration.*

Sans doute, on a élevé (Kleinwächter, G. Veit, Werth), contre l'opération de Porro de sérieuses objections, objections qui visent surtout les inconvénients associés au traitement extra-péritonéal du pédicule (rétraction du pédicule après la chute de l'eschare;

consécutivement, possibilité du passage de germes infectieux dans la cavité abdominale, tiraillements exercés sur les organes voisins, éventrations). Mais la technique opératoire est perfectible, et en particulier, les inconvénients en question peuvent être prévenus, à l'aide d'un procédé, que Frank a été le premier à proposer (1), et à appliquer : *l'inversion du pédicule vers le vagin*, méthode qui représente aussi un traitement *extra-péritonéal*, mais sans être passible des mêmes reproches que le premier. Plus tard seulement, Sänger, Bompiani, Chalot (2), ont parlé d'un procédé opératoire de ce genre. Suit la relation de 2 opérations de Porro, dans lesquelles le retournement du moignon dans le vagin a été appliqué avec succès. En terminant, l'auteur conseille vivement l'emploi de la méthode dans tous les cas, où il n'existe pas de rétrécissement ou d'oblitération du canal génital.

R. L.

Marche de l'accouchement chez une femme qui, 4 années auparavant, avait été laparotomisée à cause d'une rupture traumatique de l'utérus. (Geburtsverlauf einer vor 4 Jahren nach traumatischer Uterusrupture laparotomirten.) Deutsch. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 14, p. 235.

La rupture de la matrice, survenue 4 années auparavant, à l'occasion d'une chute violente, avait interrompu une grossesse entrée dans son 8e mois. Le fœtus étant complètement passé dans la cavité abdominale, on avait procédé à la laparotomie, pour extraire fœtus et délivre. Les suites de couches avaient été passablement compliquées : vomissements, fièvre, fistule utéro-abdominale, suppuration et foyer purulent heureusement circonscrit par des adhérences qui s'étaient établies entre le péritoine pariétal et la portion de la séreuse qui recouvrait la face antérieure de l'utérus. En somme, les *reliquats* sérieux, de ce premier accident, au point de vue d'une grossesse nouvelle, étaient : a) *la cicatrice formée au niveau de la plaie utérine, qui était située sur la face antérieure de la matrice*, et b) *les connexions intimes de la paroi utérine antérieure avec la paroi abdominale.*

Femme âgée de 23 ans, en douleurs depuis la veille, grossesse *à*

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1881, n° 25.
(2) *Ann. de gynéc.*, août 1883.

terme. Au niveau de la ligne médiane, coloration brune, étendue de la paroi abdominale, commençant à environ 4 cent. de l'ombilic et se continuant presque jusqu'à la symphyse. Sur le trajet de cette zone colorée, plusieurs cicatrices, la plus élevée à 5 cent de l'ombilic, la plus inférieure, d'aspect rayonné, à 4 cent. de la symphyse. Au-dessous de la cicatrice supérieure, plusieurs cordons cicatriciels se dirigeant en bas. Parois abdominales très minces, très distendues, et constituant, en raison sans doute des connexions intimes entre l'utérus et la paroi abdominale, un *ventre en besace extraordinairement accentué. Exploration interne :* portion vaginale très courte, à peine accessible; par contre, promontoire facile à atteindre, *bassin généralement rétréci;* la tête fœtale au-dessus du petit bassin; en outre, comme on put s'en assurer, quelques heures plus tard, *placenta prævia*. La dilatation ne se faisant pas, et plusieurs hémorrhagies s'étant produites, la femme fut endormie, et l'enfant vivant, extrait par la *version, après dilatation manuelle du col.* Immédiatement après, *hémorrhagie considérable*, qui exigea l'*extraction manuelle de l'arrière-faix*. Continuation de l'écoulement sanguin, venant en partie d'une *déchirure du col*, en partie d'une *déchirure du périnée, rompu jusqu'au sphincter anal.* En conséquence, *tamponnement de la cavité utérine et du vagin*, avec de la gaze iodoformée. Suites de couches légèrement fébriles. *Guérison*. La femme quittait l'hôpital parfaitement guérie, 37 jours après cet accouchement particulièrement mouvementé. R. L.

Du traitement des ruptures de l'utérus. (Zur Behandlung der Uterusruptur.) G. Léopold. *Arch. f. Gynäk*, 1889. Bd XXXVI. Hft 2, p. 324.

Dans ce très intéressant travail, Léopold insiste, tout particulièrement, sur l'importance capitale qu'il y a dans les cas de rupture utérine au cours de l'accouchement, à se préoccuper de l'*hémorrhagie*. L'hémorrhagie, de toutes les complications qu'entraîne la déchirure de la matrice, est, à beaucoup près, celle qui fait le plus de victimes. Or, il arrive souvent que la perte de sang extérieure est très modérée, tandis que la perte interne est des plus abondantes. En outre, il est, fréquemment aussi, fort difficile, sinon impossible, du vagin étant, de réaliser l'hémostase ; dans

ces cas, la laparotomie s'impose, et permet, seule, de sauver les malades. Vouloir quand même intervenir par les voies naturelles, c'est préférer agir en aveugle et trop se fier aux forces de la nature. Aussi, l'auteur critique-t-il assez vivement les récents mémoires de Veit et de Piskacek qui, d'une manière générale, repoussent la laparotomie. Commentant, en particulier, une statistique de ce dernier, dressée avec 57 cas de rupture utérine traités sans laparotomie et ayant donné une mortalité de 56 p. 0/0, il émet l'avis que bon nombre de ces femmes eussent été sauvées, si l'on avait ouvert le ventre, et si, de cette manière, on s'était mis dans de bonnes conditions pour assurer l'hémostase.

Les onze observations personnelles qui sont rapportées en détail sont très intéressantes; l'une des femmes dont il s'agit, qui subit la laparotomie, dut vraisemblablement son salut à la facon dont on s'y prit pour maîtriser l'hémorrhagie et pour prévenir toute hémorrhagie secondaire. L'utérus déchiré dans son segment inférieur, en arrière et à droite, aux trois-quarts séparé des tissus voisins, ne tenait plus qu'au ligament large gauche. On fit un double tamponnement, à l'aide de deux cordons de gaze iodoformé. L'un de ces cordons était tassé dans l'utérus et le vagin, l'autre dans la cavité pelvienne entre l'utérus et la paroi osseuse, et l'un des chefs de celui-ci aboutissait à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Convalescence absolument apyrétique, guérison.

En résumé, *il faut se préoccuper de l'hémorrhagie qui, même au cas où elle ne se manifeste pas à l'extérieur, peut-être, à l'intérieur, très considérable.* Que la déchirure soit complète ou incomplète, telle est la notion qui doit servir d'idée directrice dans le traitement. C'est elle qui permet de décider à quel mode de terminaison de l'accouchement on doit, suivant les cas, donner la préférence : ou procéder par les voies naturelles ou faire la laparotomie, et dans la seconde éventualité, conserver ou enlever l'utérus. Enfin, même dans les cas, où la femme délivrée par les voies naturelles, perd encore du sang, c'est encore, d'après ce principe capital, qu'on tâchera de décider si l'on peut encore, par le vagin, arrêter l'hémorrhagie ou s'il n'est pas préférable d'ouvrir le ventre pour arriver au but sûrement. R. L.

III. — VARIA

Contribution à l'étude de la pathogénie de l'albuminurie et de l'éclampsie chez la femme gravide, par M. Blanc. *Lyon médical*, 22 sept. 1881, p. 123.

Avec les cultures fournies par des micro-organismes trouvés dans les urines de certaines femmes enceintes et albuminuriques, l'auteur a fait des injections intra-veineuses à des lapines non gravides. Les unes moururent rapidement, d'autres présentèrent des phénomènes généraux graves : hypothermie, parésie, etc.

L'ensemencement des urines et du sang provenant de trois femmes éclamptiques a permis de constater la présence d'un microbe se révélant sous la forme d'un coccus allongé ou mieux d'un bacille court offrant à ses deux extrémités des points foncés analogues à des noyaux et réunis en chaînettes. L'injection intraveineuse des bouillons de cultures de ce microbe a déterminé une albuminurie intense et des phénomènes généraux accentués à chaque inoculation.

M.

De l'ictère chez les femmes enceintes. (Isterigia nella donna incinte), par X, *Giornale delle Scienze Medische del' professor Cantani di Napoli*, 2e fascicule, 1889.

L'auteur admet deux variétés d'ictère. L'ictère bénin qui correspond à la simple congestion du foie et l'ictère grave qui tient à une hépatite parenchymateuse. La forme grave s'observerait surtout dans la deuxième moitié de la grossesse. La gravité dépend de l'état avancé de la grossesse et de l'altération du foie. L'auteur a observé plusieurs fois l'apparition de l'ictère dès le début de la grossesse avec des vomissements incoercibles.

P. M.

Le gérant : G. Steinheil.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XXXII

Juillet à Décembre 1889

F

G

H

I

K

L

M

N

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XXXII

Juillet à Décembre 1889

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVUES CLINIQUES

REVUES GÉNÉRALES

